



# SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE

# Società Italiana di MEDICINA GENERALE

Journal of the Italian College of General Practitioners  
and Primary Care Professionals



[www.simg.it](http://www.simg.it)

PACINI  
EDITORE  
MEDICINA

# 4

2022  
VOL. 29

Periodico bimestrale. Poste Italiane Srl - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 conv. in L. 27/02/2004 n° 46 art.1 comma 1, DCB Pisa - Contiene IP aut. trib. di Firenze n. 4082 del 12-05-99 - Agos. - ISSN 1724-1375 (Print) - ISSN 1724-1383 (Online)



# SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE

# Rivista Società Italiana di Medicina Generale

4  
2022  
VOL. 29

## Direttore Responsabile

Claudio Cricelli

## Comitato di Redazione

Ignazio Grattagliano (coordinatore), Stefano Celotto,  
Luigi Galvano, Pierangelo Lora Aprile, Alberto Magni,  
Gerardo Medea, Erik Lagolio, Alessandro Rossi

## SIMG

Società Italiana di Medicina Generale  
e delle Cure Primarie

Via Del Sansovino 179 • 50142 Firenze  
Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315  
segreteria@simg.it

## Copyright by

Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure  
Primarie

## Edizione

Pacini Editore Srl  
Via Gherardesca 1 • 56121 Pisa  
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300  
Info@pacinieditore.it

## Divisione Pacini Editore Medicina

Fabio Poponcini  
Sales Manager  
Office: 050 3130218 • Mail: fpoponcini@pacinieditore.it

## Alessandra Crosato

Sales Manager  
Office: 050 3130239 • Mail: acrosato@pacinieditore.it

## Manuela Mori

Digital Publishing & Media Manager  
Office: 050 3130217 • Mail: mmori@pacinieditore.it

## Redazione

Lucia Castelli  
Office: 050 3130224 • Mail: lcastelli@pacinieditore.it

## Grafica e impaginazione

Massimo Arcidiacono  
Office: 050 3130231 • Mail: marcidiacono@pacinieditore.it

## Stampa

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

## Editoriale

C. Cricelli..... 3

## COVID-19

**Le manifestazioni cutanee COVID variano in base al tipo di variante**

L. Tramonte, I. Grattagliano ..... 4

## Opinioni

**Transgender – Competenze e ruoli del medico di medicina generale**

R. Pedale, M. Pierdominici, I. Grattagliano, M. Marconi, M. Cancian, C. Cricelli ..... 6

**Alcune riflessioni sul ruolo del medico di medicina generale e l'applicazione del PNPV nelle realtà regionali Italiane**

M. Elefante ..... 8

## Linee Guida

**Nuove linee guida americane per la gestione dei pazienti con steatosi epatica non alcolica in soggetti adulti nelle Cure Primarie**

R. Scoglio, I. Grattagliano..... 10

## Ricerca

**“...e al medico chi ci pensa?” (il burnout dei medici in provincia di Bergamo)**

C. Mariucci, F. Pellegrino, M. Zappa..... 15

**La fragilità: il maggior fattore prognostico indipendente di COVID-19 nel set delle Cure Primarie**

C. Fabris, D. Sief, L. Casatta, P. Marcuzzi, A. Fragali, L. Canciani..... 22

## Forum Clinico

**Terapia antibiotica: breve durata vs lunga durata**

M.L. Basci, P. Tasegian ..... 29

## Case Report

**Cisti, lesione muscolare o corpo estraneo? Ruolo dell'ecografia**

G. Zecchi..... 34

**Il punto di vista dello specialista**

I. Paolini ..... 36

**Uno strano mal di gola**

F. Conforti..... 37

**Il punto di vista dello specialista**

I. Paolini ..... 38

## L'Angolo dello Specialista

**La gestione della terapia farmacologica con condroitina solfato nell'artrosi: dalle linee guida alla pratica clinica**

N. Veronese ..... 40

**La gestione del paziente depresso da parte del medico di medicina generale: case reports**

D. Taddeo ..... 43

## Insero Speciale

HS-Newsletter

Finito di stampare presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl - Novembre 2022. Rivista stampata su carta TCF (Total Chlorine Free) e verniciata idro. L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: <https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx>. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e adeguamenti al Regolamento UE GDPR 2016 (General Data Protection Regulation) a mezzo di elaboratori elettronici a opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web: [www.pacinieditore.it/privacy/](http://www.pacinieditore.it/privacy/). La Rivista SIMG viene inviata a soci, medici, operatori sanitari, abbonati solo ed esclusivamente per l'aggiornamento professionale, informare e promuovere attività e prodotti/ servizi strettamente inerenti e attinenti alla professione degli utenti, garantendo sempre una forte affinità tra il messaggio e l'interesse dell'utente. Si prega di prendere visione della Privacy Policy al seguente link: [www.pacinimedica.it/privacy-policy-informativa-privacy/](http://www.pacinimedica.it/privacy-policy-informativa-privacy/). Per comunicazioni/informazioni: [privacy@pacinieditore.it](mailto:privacy@pacinieditore.it)



[www.facebook.com/pacinimedica](https://www.facebook.com/pacinimedica)

[www.pacinimedica.it](http://www.pacinimedica.it)

## ***Fatti non foste a viver come bruti Ma per seguir virtute e canoscenza...***

*XXVI, 119, Dante, come citato nel 1985 da Michael Hall*



Sono stati quarant'anni bellissimi, di costruzione, di pensiero, di passione.

La costruzione della SIMG, quarant'anni fa ha attraversato tutta la vita e la storia della Medicina Generale moderna del nostro Paese. E coincidono oggi con la ripartenza di un ciclo: nuove generazioni di medici da formare, una profonda trasformazione del modello organizzativo e della struttura della rete dei servizi della medicina delle Cure Primarie.

Traguardi ambiziosi e visione ampia e proiettata al futuro.

Sono stati quarant'anni di progressiva maturazione e di continua evoluzione. Allora come oggi l'obiettivo era chiaro: raccogliere una professione stanca e disorientata, darle obiettivi chiari, strumenti efficaci, motivazioni ideali per la costruzione di una nuova poderosa identità professionale.

Dovevamo allora come oggi innanzitutto capire e definire perché costruire un percorso che trasformasse una professione indefinita in una disciplina rigorosa, con identità forte e ricca di motivazioni.

Una spinta forte verso la qualità professionale, uno scatto d'orgoglio verso l'eccellenza. Un concetto sempre mal digerito in questo Paese in cui il merito e la voglia di eccellere è spesso vista con sospetto.

Al contrario se proprio volessimo sintetizzare la missione della SIMG potremmo con certezza affermare che ci ha sempre ispirato la certezza che il beneficio che la medicina può apportare ai cittadini di questo Paese passi sempre attraverso la motivazione e la competenza professionale dei medici del SSN.

Non abbiamo mai cercato di essere una élité, di guardare gli altri con superiorità. Ci siamo detti e ci diciamo ancora: rimbocchiamoci le maniche, studiamo, pratichiamo una professione migliore, facciamo vedere quanto paga la qualità, l'impegno, lo studio e la passione.

Molti pensano ancora che la ricerca in Medicina Generale sia una utopia, una sterile opzione. Invece Health Search è riuscito a costituire il centro di ricerca della Medicina Generale più produttivo di tutti i paesi del mondo.

Guardavo oggi il mio H index: supera i 40. Ma chi avrebbe mai immaginato quarant'anni fa che un dottore di campagna come me, e come molti di noi, avrebbe pubblicato oltre 180 articoli su riviste internazionali. Da fare invidia a chi fa ricerca all'interno dell'Accademia.

Poniamocelo tutti l'obiettivo di pensare e realizzare un progetto di ricerca sui temi della nostra professione quotidiana. La SIMG è presente, aperta e disponibile a realizzarlo.

Questo cammino ora va proseguito. Mai come in questi prossimi mesi dovremo avere lucidità di pensiero e chiarezza di visione. C'è da giocare una partita decisiva contro un avversario insidioso. Non è un avversario fisico. I nostri avversari non sono le forze politiche, le astruserie legislative, il PNRR, i DM, le regioni, la burocrazia, la mancanza di risorse. Questi sono solo ostacoli superabili.

I veri avversari sono la stanchezza, la rassegnazione, il tirare i remi in barca.

Anche grazie alla SIMG, al contrario questa professione ce la farà. Per forza ce la farà, perché ce la deve fare: non ha alternative, non ha altra scelta.

Anche da noi dipende e su di noi fanno affidamento i cittadini di questo Paese. A essi dobbiamo dedicare i prossimi anni della nostra vita.

**How to cite this article:** Cricelli C. Editoriale. Rivista SIMG 2022;29(4):3.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Le manifestazioni cutanee COVID variano in base al tipo di variante

Luigi Tramonte<sup>1</sup>, Ignazio Grattagliano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Responsabile area dermatologica SIMG; <sup>2</sup> Coordinatore attività COVID-19 SIMG

È stato descritto come i segni cutanei, al pari dei sintomi sistemici, differiscono in base alla variante responsabile del COVID-19. Questo è quanto riportato in un ampio studio retrospettivo che ha confrontato i dati clinici di oltre 340.000 partecipanti nel Regno Unito durante le ondate di Omicron e precedenti.

Lo studio mostra che il coinvolgimento cutaneo durante l'ondata di Omicron è stato meno frequente rispetto all'ondata Delta (11,4% vs 17,6%), con sintomi cutanei che generalmente si risolvevano più rapidamente. Inoltre, il rischio di sviluppare sintomi cutanei era simile indipendentemente dal fatto che i pazienti fossero stati vaccinati o meno. Le reazioni cutanee ai vaccini anti COVID-19 non sono state di particolare frequenza. Questi dati sono coerenti con l'esperienza di quei dermatologi che hanno seguito da vicino questi problemi anche in centri specialistici di altri paesi e confermano anche che la pelle ha meno probabilità di essere coinvolta rispetto alle passate ondate di infezioni da COVID-19. Nel complesso, questo ha mostrato un declino graduale dei sintomi cutanei in generale, così come nei sintomi cutanei che si sono verificati in assenza di sintomi sistemici a partire dai dati sull'esperienza nel 2020 con COVID-19 *wild-type*.

I segni più frequenti a livello cutaneo riscon-

trati in corso di COVID-19 sono nel complesso:

- orticaria, con presenza di pomfi pruriginosi;
- pelle secca in corrispondenza del collo e del trono con macchie rosa-rosse pruriginose che simulano un eczema;
- eruzioni cutanee irregolari e molto pruriginose, che possono interessare piccole zone come mani, piedi e gomiti. Può durare da alcuni giorni a settimane;
- lesioni simili ai geloni, doloranti viola o rosse che possono sporgere come protuberanze sulla pelle;
- dita dei piedi eritematose e a volte con comparsa di vescicole;
- labbra screpolate simil cheilite.

Le differenze nelle manifestazioni cutanee sono in linea anche con i cambiamenti che si stanno osservando nei sintomi sistemici: tassi più bassi di tosse e perdita dell'olfatto e gusto, ma tassi più elevati di mal di gola e senso di affaticamento. Omicron coinvolge diversamente il sistema immunitario verso una cosiddetta "fuga immunitaria", motivo per cui c'è un cambiamento nel coinvolgimento dei tessuti.

Infatti, i dati raccolti durante la prima ondata di COVID-19 hanno mostrato che il 17% dei pazienti ha riportato eruzioni cutanee come primo sintomo dell'infezione e il 21% ha riportato eruzioni cutanee

**FIGURA 1.**

*Arrossamento, gonfiore accompagnati da cambiamento del colore della pelle, dal rosso al blu scuro.*



**FIGURA 2.**

*Lesioni cutanee rilevate, pruriginose e rossastre.*



## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Tramonte L, Grattagliano I. Le manifestazioni cutanee COVID variano in base al tipo di variante. Rivista SIMG 2022;29(4):4-5.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

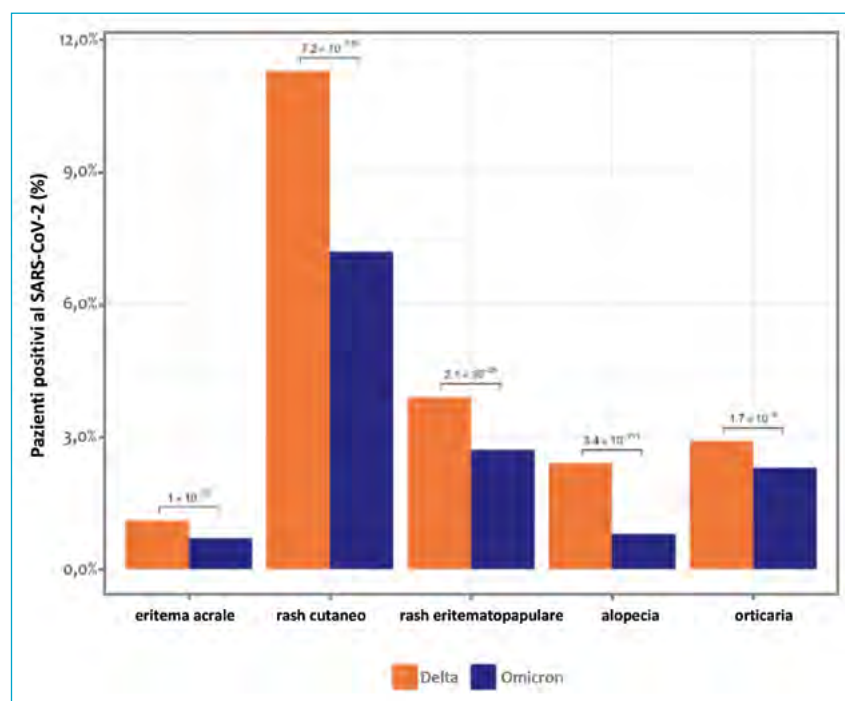
come unico segno clinico di infezione. Nelle ondate di Delta e Omicron, l'eruzione cutanea era un sintomo iniziale isolato solo nello 0,8% e nello 0,5% dei pazienti, rispettivamente. Durante le prime fasi del COVID *wild-type*, un eritema cutaneo acrale era caratteristica e si verificava nel 3,1% dei pazienti, secondo i dati del Regno Unito. Nell'ondata Delta, le eruzioni cutanee acrali, hanno presentato un'incidenza dell'1,1%. Nell'ondata di Omicron, le eruzioni cutanee acrali sono state osservate solo nello 0,7% dei pazienti e non erano più statisticamente correlate con una diagnosi positiva per COVID-19.

All'inizio dell'epidemia di COVID-19, sono stati osservati più di 30 tipi di eruzioni cutanee in pazienti con infezione da COVID-19. I sintomi cutanei continuano a essere diversi, ma alcuni, come l'eruzione acrale, vengono osservati meno frequentemente rispetto all'inizio. Ad esempio, l'odds ratio di una diagnosi positiva di COVID-19 tra quelli con un'eruzione eritematopapulare è sceso da 1,76 a 1,08% tra le ondate Delta e Omicron. Pertanto, i sintomi cutanei specifici sono meno predittivi di una diagnosi di COVID-19, e i medici non dovrebbero scartare i sintomi cutanei come segno di malattia soprattutto se il paziente non ha una storia passata di malattia della pelle e nessun altro fattore scatenante per un'eruzione cutanea.

Nella maggior parte dei casi, le eruzioni cutanee si risolvono da sole, ma necessitano di cure personalizzate in quanto in

### FIGURA 3.

*Principali manifestazioni cutanee descritte in UK nel corso delle ondate pandemiche di SARS-CoV-2 (variante Delta ed Omicron 1 a confronto) (da Visconti A, Murray B, Rossi N, et al. Cutaneous manifestations of SARS-CoV-2 infection during the Delta and Omicron waves in 348691 UK users of the UK ZOE COVID Study app. Br J Dermatol 2022;10.1111/bjd.21784. <https://doi.org/10.1111/bjd.21784>, mod.).*



alcuni casi possono diventare anche gravi o particolarmente protratti nel tempo, come l'orticaria o un'eruzione eritematopapulare lichenoidale, entrambi spesso molto pruriginosi e difficili da controllare.

Quindi, in conclusione, come ci conferma anche questo studio inglese è fondamen-

tale controllare la nostra pelle, perché anche nel caso dell'infezione da COVID-19, potrebbe metterci in guardia e avvisarci preventivamente su quello che accade nel nostro organismo, dandoci la possibilità di muoverci in anticipo e aiutarci a fare una diagnosi precoce della malattia.

# Transgender – Competenze e ruoli del medico di medicina generale

Rosa Pedale<sup>1</sup>, Marina Pierdominici<sup>2</sup>, Ignazio Grattagliano<sup>1</sup>, Matteo Marconi<sup>2</sup>, Maurizio Cancian<sup>1</sup>, Claudio Cricelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SIMG; <sup>2</sup> Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità

## Introduzione

Transgender è un termine ombrello che si riferisce a quelle persone la cui identità di genere non è conforme al genere assegnato alla nascita. La condizione caratterizzata da una significativa e persistente incongruenza tra identità di genere e genere assegnato alla nascita è chiamata incongruenza di genere. Questa definizione compare nell'ultima edizione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11), redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è inclusa tra le condizioni correlate alla salute sessuale. Qualora tale incongruenza sia associata a disagio o compromissione clinicamente significativa nell'ambito sociale, occupazionale o in altri importanti ambiti di funzionamento si parla di disforia di genere [la disforia di genere è inclusa come categoria diagnostica nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), quinta edizione, 2013]. Alcune persone transgender, ma non tutte, decidono di intervenire sul proprio corpo per renderlo più simile a come si sentono attraverso un percorso medico di affermazione di genere (definito in passato transizione) che procede per fasi successive e può prevedere un trattamento ormonale e/o chirurgico in associazione a un supporto psicologico. In linea con le raccomandazioni internazionali, questo percorso coinvolge un'équipe

multidisciplinare di cui il medico di medicina generale (MMG) rappresenta la prima interfaccia (Coleman, et al. *Int J Transgend* 2012; Hembree, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; Fisher, et al. *J Endocrinol Invest* 2022).

La letteratura scientifica e la maggior parte delle associazioni di rappresentanza hanno sottolineato che le persone transgender molto spesso sono costrette a subire diverse forme di discriminazione con conseguenti difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari a causa di mancata formazione, esperienze e conoscenza delle esigenze di questa fascia di utenza da parte dei professionisti che operano in ambito socio-sanitario. In particolare, un sondaggio condotto di recente in Europa (<https://tgeu.org/tag/trans-health-survey/>) ha evidenziato che la mancanza di conoscenze in tema di benessere e salute della popolazione transgender, così come l'uso di una terminologia inappropriata (per esempio uso non corretto del nome) da parte dei/le professionisti/e che lavorano in ambito sanitario, rappresentano le maggiori criticità riscontrate dagli/le utenti che spesso, come conseguenza, decidono di non accedere ai servizi sanitari (o se ne allontanano dopo un primo accesso) con conseguenze importanti sulla salute (ad es. ritardo nella diagnosi di patologie, auto-somministrazio-

ne di farmaci). D'altra parte, lavorare con le persone transgender richiede specifiche competenze psicologico-cliniche che i percorsi formativi non forniscono; a oggi, infatti, la formazione dei/le professionisti/e che operano in ambito socio-sanitario in questo senso è lasciata per lo più all'iniziativa e alla sensibilità personale.

Questa carenza formativa rappresenta una grande lacuna per tutti gli/le operatori/trici sanitari/e che potrebbero trovarsi ad avere a che fare nel proprio lavoro con tale popolazione. Al riguardo, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Presidenza del Consiglio dei Ministri e con il supporto di SIMG e Fondazione The Bridge, ha avviato nel settembre 2021 una *survey* nazionale finalizzata a verificare i livelli di conoscenza dei MMG sulla tematica relativa al benessere e alla salute delle persone transgender (terminologia, percorso medico di affermazione di genere, necessità formative) che si concluderà nell'autunno del 2022. I risultati di questo studio consentiranno di effettuare un'analisi dei bisogni formativi dei MMG al fine di una successiva programmazione formativa ad hoc prevista per il 2023 attraverso corsi FAD ECM.

## Conflitto di interessi

Rosa Pedale dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Pedale R, Pierdominici M, Grattagliano I, et al. Transgender – Competenze e ruoli del medico di medicina generale. *Rivista SIMG* 2022;29(4):6-7.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

## La Medicina Generale

Partecipare al Convegno del 7 Giugno 2022 dell'ISS "INFOTRANS - Stato dell'Arte e Prospettive Future nella Promozione del Benessere e della Salute delle Persone Transgender" è stata una esperienza molto arricchente sia dal punto di vista professionale che da quello umano.

La Medicina Generale è un osservatorio privilegiato sulla realtà territoriale e sociale. Innanzitutto, il MMG è medico della persona, ma è anche medico della famiglia, questo significa che può diventare alleato prezioso per tutte le persone che hanno una identità di genere non coincidente con il sesso biologico. Inizia così dalla riduzione del *minority stress* il compito di inquadramento della condizione ma al contempo della prevenzione che il Servizio Sanitario ci affida. Ad esempio, anche il rischio suicidario (10 volte maggiore rispetto alla media nelle persone transgender) diminuirebbe quando una guida esperta potrebbe indicare la via dell'espressione del sé.

Assistere la famiglia e aiutarla a lasciare andare "Domenico" per accogliere "Marina" (sono dei nomi usati ad esempio) è un percorso doloroso e difficile e la nostra conoscenza e competenza ci permette di metterci all'ascolto e prevenire comportamenti di rifiuto che producono stress-ansia-depressione-insonnia da entrambe le parti. A volte queste situazioni di incomprensione degenerano nell'alienazione, nell'isolamento morale e spirituale, nell'avvicinarsi ad abitudini voluttuarie (alcol, droghe, ecc). Le famiglie possono trovare conforto e aiuto in un supporto professionale, e il MMG che conosce l'offerta della rete locale dei servizi può fornire utili indicazioni.

Inoltre molti studi confermano che le persone transgender per paura del giudizio del medico si rivolgono molto tardi alle strutture

sanitarie, rinviando, anche di anni la diagnosi di malattie importanti come ipertensione/diabete/malattie respiratorie. Una menzione a parte merita l'approccio clinico ai tumori, sia come rischio generico legato all'età e alla familiarità, sia come rischio legato al sesso biologico: carcinoma prostatico nelle donne transgender – carcinoma della cervice uterina e carcinoma della mammella negli uomini transgender, sono per il 30% diagnosticate in ritardo, come riportato in documenti regionali dell'Emilia-Romagna e su pubblicazioni internazionali. Un medico formato e preparato può sollecitare lo screening e quindi contribuire a diagnosi precoci.

Ma ancora, prendersi cura delle persone transgender significa accompagnarli nel lungo percorso di affermazione di genere, informandoli e seguendoli nel tempo, aiutandoli a prepararsi non solo agli interventi chirurgici, ma anche ai monitoraggi clinici e biologici necessari per la terapia ormonale che l'accompagnerà per tutta la vita.

Semplici iniziative quali ad esempio utilizzare la sala di attesa come «presentazione» della nostra vocazione inclusiva esponendo una foto della bandiera arcobaleno, un attestato di frequenza di un corso specifico, un giornale con articoli dedicati, potrebbero essere la cartina al tornasole che informa i nostri assistiti. Anche un'anamnesi personale e fisiologica con domande neutre «ha rapporti stabili con una persona?» «con chi vive in coppia?» è una buona strategia per lanciare messaggi di conoscenza e professionalità. Uno studio dimostra che le persone cisgender non si accorgono della neutralità delle domande, mentre le persone transgender, e più in generale le persone LGBT+ (acronimo usato per indicare le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender; il simbolo + viene aggiunto per comprendere altri gruppi di popolazione come interses-

suali, *genderqueer*, *genderfluid*, asessuali, ecc.), sono favorevolmente colpite.

I risultati preliminari della *survey* descritta precedentemente, finalizzata a verificare i livelli di conoscenza dei MMG in tema di benessere e salute delle persone transgender, ha mostrato una classe medica attenta e sensibile, soprattutto in alcune regioni, che necessita però di aggiornare le proprie conoscenze. Importante strumento informativo potrebbe essere l'ampliamento della anagrafica nella cartella clinica, indicando oltre al sesso biologico anche l'identità di genere, facilitando in tal modo la presa in carico mirata, integrata e completa delle persone transgender.

Resta di gran valore informativo la consultazione del portale Infotrans (Infotrans.it) che informa dettagliatamente non solo gli operatori sanitari, ma anche i cittadini in tema di benessere e salute della popolazione transgender. Sul sito di Infotrans è inoltre possibile scaricare, nella sezione biblioteca, il libro "Vite percorse e percorsi di vita", dedicato ai/le professionisti/e che operano in ambito socio-sanitario e più in particolare ai MMG. La prima sezione del libro comprende una raccolta di racconti, basati su testimonianze di vita reale di persone che hanno fatto un percorso di affermazione di genere, la seconda include informazioni scientifiche sul percorso stesso e un glossario.

Le persone LGBT+ come ogni altra persona, devono poter accedere a servizi sanitari accoglienti e rispettosi. È un diritto di ogni persona e di ogni cittadino italiano.

La SIMG dichiara di prendere atto dello scenario e della sua importanza in termini clinici, culturali e sociali, avviando nel prossimo futuro iniziative di sensibilizzazione e aggiornamento sullo specifico argomento, in collaborazione con l'ISS e le organizzazioni vicine.

# Alcune riflessioni sul ruolo del medico di medicina generale e l'applicazione del PNPV nelle realtà regionali Italiane

**Mariangela Elefante**

SIMG Bari

L'importanza e il successo della vaccinazione come misura di salute pubblica sono ormai ben noti. La recente esperienza con la pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancora una volta evidente e misurabile l'impatto della vaccinazione sui decessi determinati da una malattia infettiva. Il vero impegno per il futuro prossimo è riuscire a diffondere l'utilizzo dei vaccini a disposizione per garantire a ogni individuo il diritto a una vita libera dalle malattie prevenibili dalla vaccinazione, indipendentemente dal luogo in cui sia nato, dal suo sesso, dalla sua età, dalla sua disabilità, dal suo livello socio economico ed educativo e dalla sua etnia. Questo principio di equità e uguaglianza, viene richiamato nei documenti OMS e nei piani di azione per le vaccinazioni europei e italiani. Un principio di ispirazione, che chiaramente richiede importanti sforzi da parte di tutti i soggetti coinvolti.

## Il piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV)

Il PNPV 2017-2019 italiano pone degli obiettivi comuni su tutto il territorio stabilendo dei target di copertura a seconda della vaccinazione. Nel caso del soggetto adulto sono stati stabiliti i seguenti:

- raggiungimento di coperture per la vaccinazione influenzale del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA;
- raggiungimento nei sessantacinquenni di coperture per la vaccinazione antipneumococcica del 75%;
- raggiungimento nei sessantacinquenni di coperture per la vaccinazione anti Herpes Zoster del 50%.

Obiettivi ambiziosi e condivisi su scala nazionale, farebbero attendere strategie altrettanto condivise e omogenee. Eppure, da sondaggi e confronti, emergono differenze importanti sul coinvolgimento dei medici di famiglia, sugli aspetti amministrativi e organizzativi e sulle modalità di raccolta e condivisione dei dati. A cinque anni dal PNPV siamo forse arrivati al punto in cui è necessario confrontarsi per implementare le prossime strategie?

## Le risorse della Medicina Generale

Il medico di medicina generale (MMG) può sicuramente svolgere la sua parte nel rag-

giungimento dei target di copertura, in particolare nell'adulto.

Ci sono infatti dalla sua parte grandi punti di forza: la conoscenza del paziente e del suo contesto sociale e lavorativo, il rapporto di fiducia costruito nel tempo, la capillarità degli ambulatori diffusi su tutto il territorio, l'esperienza costruita negli anni con il vaccino antinfluenzale, l'abilità nella gestione della visita a domicilio.

Quando immaginiamo gli ostacoli che un MMG può incontrare nel corso di una campagna vaccinale, si potrebbe pensare al colloquio, ai pazienti esitanti, alla riorganizzazione dell'ambulatorio e dei suoi tempi per abbattere il rischio di contagio da SARS-CoV-2. Questi sono aspetti sicuramente critici e che possono determinare il successo di una campagna. Tuttavia sono aspetti per i quali l'impegno diretto del medico e la sua formazione in ambito vaccinale possono fare la differenza.

## Le criticità della Medicina Generale

Ci sono invece altri fattori critici rispetto ai quali il medico di famiglia può poco senza la collaborazione di tutte le parti coinvolte.

### Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Elefante M. Alcune riflessioni sul ruolo del medico di medicina generale e l'applicazione del PNPV nelle realtà regionali italiane. Rivista SIMG 2022;29(4):8-9.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>



Da un sondaggio del 2021 di Cittadinanzattiva <sup>1</sup>, secondo il 61,4% dei MMG intervistati le procedure che richiedono tempo maggiore o un'attenzione particolare sono quelle amministrative.

Infatti già la richiesta dei vaccini può presentare delle difficoltà per esempio nella pianificazione del numero di dosi. Deve innanzitutto essere individuato il target, ma non tutti i gestionali consentono di effettuare questa operazione agilmente. Anche la mancata chiarezza sul ruolo che avranno i servizi vaccinali nelle regioni in cui vi è compartecipazione per le stesse campagne, può complicare la pianificazione. Inoltre, dal sondaggio di Cittadinanzattiva <sup>1</sup> è emerso come non tutti i medici concordino sulle vaccinazioni previste nell'accordo. Questo avviene perché gli accordi cambiano anche all'interno della stessa regione tra le diverse aziende.

### **Definire il numero delle dosi, a fronte di queste incertezze, può diventare un azzardo**

Avviare la campagna vaccinale, richiede la presenza delle dosi nel frigo. Il ritiro avviene quasi sempre a carico del medico di famiglia, non senza pochi disagi, causati dai ritardi nella consegna dei vaccini. Nel 2021, due MMG su 3 hanno riferito difficoltà legate alle carenze di vaccini <sup>1</sup>. Difficoltà che poi si ripercuotono anche nella relazione quotidiana con gli assistiti.

Vaccinare richiede di contattare i pazienti. Non tutti i software consentono di inviare notifiche ai propri assistiti o di organizzare delle agende di prenotazione. Quando questo elemento manca, diventa fondamentale il personale di studio che tuttavia non è sempre presente. Lavorare da soli, rende molto più impegnativa la campagna e la gestione dell'ambulatorio vaccinale per il MMG. Sono ostacoli di cui tenere conto, ricordando che la vaccinazione è solo una delle tante attività e delle risposte che quo-

tidianamente il medico di famiglia fornisce ai propri assistiti.

Al termine di una campagna arriva il momento della misurazione, del report dei vaccini effettuati.

Il momento del report è fondamentale perché il lavoro fatto nell'ambulatorio vada a confluire nei sistemi di monitoraggio vaccinale regionale e poi nazionale.

Il percorso della raccolta dati non è affatto lineare.

La prima considerazione da fare è che a oggi manca un'anagrafe vaccinale nazionale, così come concepita da DM 17 settembre 2018. Le anagrafi vaccinali regionali invece sono presenti ma portano con sé alcuni limiti. Non sono interoperabili, per cui i dati presenti in un'anagrafe vaccinale regionale, non possono passare a un'altra anagrafe regionale. Talvolta i sistemi di registrazione differiscono nell'ambito della stessa regione, da un'ASL all'altra. Poche regioni hanno implementato delle piattaforme integrate con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Inoltre, le anagrafi non sono necessariamente in comunicazione con i software gestionali dei medici di famiglia. Questo significa che talvolta al medico basterà registrare la vaccinazione sul proprio software affinché questa venga registrata anche in anagrafe regionale; altre volte invece potrebbe essere necessario un passaggio ulteriore di registrazione su piattaforma condivisa; in altri casi potrebbe essere richiesta la compilazione e l'invio di dati in forma telematica o cartacea consegnata a mano.

Stupisce che in un sistema che ha posto come obiettivo il raggiungimento di target di copertura nazionali, i sistemi di misurazione che consentono di verificare lo status vaccinale e i risultati raggiunti siano così differenti tra una regione e l'altra.

Altro grosso limite è che in moltissimi casi, né i cittadini né i MMG hanno accesso alla propria anagrafe vaccinale regionale.

Questo aspetto complica ulteriormente le dinamiche e può creare controversie.

### **Le possibili soluzioni: chiarezza e supporto**

Sono problemi ben noti a tutti da tempo. Nel 2018 <sup>2</sup> un lavoro italiano aveva portato alla luce le differenze tra i sistemi di anagrafe regionale e guardando al futuro auspicava sforzi per rendere omogenee le funzionalità e armonizzare la raccolta dati.

Rispondendo a una domanda sugli aspetti per migliorare la campagna vaccinale antipneumococcica <sup>3</sup> il 55,3% dei MMG chiede campagne di comunicazione, il 51,3% la consegna dei vaccini presso lo studio, il 47,7% gestionali più intuitivi, il 44,7% incentivi economici legati al raggiungimento di coperture e il 43,8% protocolli regionali operativi che tengano conto del ruolo del medico di famiglia. Cinque punti che toccano aspetti organizzativi, amministrativi e comunicativi che potremmo però sintetizzare nella richiesta di maggiore supporto e chiarezza.

Se è vero che i medici di famiglia cercano sempre di raccogliere l'invito a mettere il cuore oltre l'ostacolo, vedere l'ostacolo rimosso o almeno ridursi un po' di dimensione sicuramente li metterebbe nelle condizioni di contribuire meglio al raggiungimento degli obiettivi nazionali, in un sistema in cui ognuno fa la sua parte.

### **Bibliografia**

- <sup>1</sup> Cittadinanzattiva, Monitoraggio civico dei servizi vaccinali - 2021. <https://www.panoramamasanita.it/wp-content/uploads/2022/03/Monitoraggio-Civico-Servizi-Vaccinali-Report.pdf>
- <sup>2</sup> D'Ancona F, Gianfredi V, Riccardo F, et al. Immunisation Registries at regional level in Italy and the roadmap for a future Italian National Registry. *Ann Ig* 2018;30:77-85. <https://doi.org/10.7416/ai.2018.2199>
- <sup>3</sup> Cittadinanzattiva, Vaccinazione pneumococcica nell'adulto: proposte per un accesso equo e consapevole - 2022.

# Nuove linee guida americane per la gestione dei pazienti con steatosi epatica non alcolica in soggetti adulti nelle Cure Primarie

Riccardo Scoglio, Ignazio Grattagliano

Area Gastroenterologica SIMG

## Riassunto

L'Associazione Americana di Pratica Clinica di Endocrinologia Clinica (AACE), in collaborazione con l'Associazione Americana per lo Studio delle Malattie del Fegato (AASLD) ha recentemente pubblicato le Linee guida per la diagnosi e la gestione della steatosi epatica non alcolica (NAFLD) nelle Cure Primarie e in Endocrinologia Clinica con l'obiettivo di fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per la diagnosi e la gestione della NAFLD e della steatoepatite non alcolica (NASH).

Una task force di esperti nel settore ha prodotto una serie di raccomandazioni basate sulla revisione delle evidenze cliniche mediante ricerca bibliografica di articoli pubblicati nel periodo 1 gennaio 2010-15 novembre 2021. Sono state prodotte 34 raccomandazioni derivate da 385 citazioni che supportano le prove di efficacia.

Gli esperti concordano nel definire la NAFLD un grave problema di salute pubblica destinata a peggiorare nei prossimi anni, in considerazione dell'epidemia di obesità e diabete mellito tipo 2. Viene evidenziato il ruolo degli endocrinologi e dei medici delle cure primarie come figure professionali di primo piano per identificare le persone a rischio e prevenire lo sviluppo di cirrosi e comorbidità.

Nonostante a oggi nessun farmaco sia stato approvato dalla *Food and Drug Administration* (FDA) per il trattamento della NAFLD, la gestione di questa patologia può includere:

- cambiamenti nello stile di vita al fine di promuovere una riduzione del peso corporeo;
- utilizzo di farmaci efficaci nella perdita di peso, in particolare GLP1 agonisti;
- ricorso alla chirurgia bariatrica per i gravi obesi;
- utilizzo di pioglitazone e agonisti del GLP1 per i soggetti con diabete mellito tipo 2 e NASH.

In considerazione dell'aumentato rischio cardiovascolare associato alla NAFLD viene suggerito come la gestione dovrebbe promuovere anche la salute cardio-metabolica e ridurre l'aumento del rischio cardiovascolare associato a questa malattia complessa.

## Premessa

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è la causa più comune di malattia epatica cronica e colpisce circa il 25% della popolazione mondiale. La malattia fa parte di una patologia multisistemica ed è strettamente associata a disordini cardio-metabolici: obesità, insulino-resistenza (IR), diabete

mellito tipo 2 (T2D), ipertensione e dislipidemia aterogena che aumentano il rischio di eventi cardiovascolari (CV), la causa di morte più comune. La definizione di NAFLD si basa sulla presenza di steatosi epatica in > 5% degli epatociti in assenza di consumo significativo di alcol e altre cause note di malattie del fegato. Può essere diagnosticata da alterazioni dei test di funzionalità

epatica (sebbene questi possano risultare normali) e studi di imaging.

Dal 12 al 14% delle persone con NAFLD hanno una forma più aggressiva nota come steatoepatite non alcolica (NASH). La NASH, che ha maggiori probabilità di progredire verso stadi avanzati di fibrosi, cirrosi ed epatocarcinoma, è caratterizzata dalla presenza di danno epatocitario atti-

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Scoglio R, Grattagliano I. Nuove linee guida americane per la gestione dei pazienti con steatosi epatica non alcolica in soggetti adulti nelle Cure Primarie. Rivista SIMG 2022;29(4):10-14.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

vo (*ballooning*) e infiammazione oltre alla steatosi. Il rischio di NASH è da due a tre volte maggiore nelle persone con obesità e/o T2D. La NASH è tra le prime cause di cancro al fegato e la seconda più comune indicazione al trapianto di fegato negli Stati Uniti dopo l'epatite C. La NASH è comunemente diagnosticata mediante biopsia epatica; tuttavia, alcuni esami ematici specifici e metodiche di imaging possono definire un rischio di fibrosi avanzata.

Nonostante la notevole e crescente prevalenza di NAFLD, la consapevolezza nei confronti della malattia rimane piuttosto limitata, con meno del 5% di persone con NAFLD che sono a conoscenza della loro malattia di fegato rispetto al 38% dei soggetti con epatite virale.

## Raccomandazioni dalle linee-guida

Endocrinologi e medici delle cure primarie sono in una posizione privilegiata per identificare precocemente le persone a rischio per prevenire lo sviluppo di cirrosi e le relative comorbidità. Lo screening dovrebbe prevedere il calcolo del rischio di fibrosi epatica applicando lo score FIB-4, seguito da ulteriori biomarcatori plasmatici e/o indagini di imaging epatico che consentano la stratificazione del rischio di fibrosi e di cirrosi in basso, indeterminato o alto. L'invio a un epatologo dovrebbe essere riservato ai soli pazienti con rischio alto.

I cambiamenti dello stile di vita che comportano un deficit energetico nei soggetti sovrappeso o obesi e un miglioramento della salute cardio-metabolica sono essenziali per ridurre il rischio di malattia CV.

Il trattamento principale della NAFLD è pertanto la perdita di peso con una dieta ipocalorica, restrizione di grassi saturi, amido, e zucchero, modelli alimentari migliorati (ad es., dieta mediterranea e cibi integrali minimamente trasformati), esercizio fisico. Un beneficio cardio-metabolico e una riduzione del grasso epatico possono essere osservati con una perdita di peso superiore al 5%. Una perdita di peso maggiore del 10% offre ulteriori benefici e può determinare una regressione della steatoepatite e della fibrosi epatica.

La chirurgia bariatrica è efficace per la perdita di peso e la riduzione del grasso epatico nelle persone con obesità grave.

Non ci sono farmaci approvati dalla *Food and Drug Administration* per il trattamento della NAFLD. Tuttavia, alcuni farmaci per il diabete e l'obesità possono essere di beneficio. Il trattamento farmacologico deve pertanto prendere in considerazione farmaci che favoriscono la perdita di peso corporeo, in particolare GLP-1 RA con comprovato beneficio per la steatoepatite e la chirurgia bariatrica.

Alcuni farmaci utilizzati per la cura del diabete, come il pioglitazone e GLP-1 RA, dovrebbero essere preferiti per i soggetti con T2D e NASH, in particolare quando a rischio indeterminato o alto di sviluppare futura cirrosi. La gestione dovrebbe includere anche un attento controllo dei fattori di rischio CV, come ipertensione e dislipidemia aterogena.

Rapidi cambiamenti negli strumenti diagnostici e nello sviluppo farmacologico promettono di offrire nuove opzioni per la gestione della NAFLD.

Alla luce di questi dati, ci sono 3 aree principali che probabilmente subiranno importanti trasformazioni nella cura delle persone con NAFLD nel prossimo futuro:

- **maggiore consapevolezza:** importanza dell'educazione di tutti gli operatori sanitari e delle persone affette da NAFLD circa l'entità del problema e la necessità di diagnosi e trattamento precoci;
- **diagnosi:** opportunità di sviluppo e implementazione di semplici test diagnostici economici e accurati per lo screening e la diagnosi precoce di un gran numero di persone a rischio;
- **trattamento:** mediante un miglioramento degli approcci allo stile di vita e alle strategie di riduzione del rischio CV, una maggiore consapevolezza dei benefici derivanti da alcuni farmaci utilizzati per la cura del diabete attualmente disponibili (ad es. pioglitazone e GLP-1 RA) e nuovi farmaci in fase di sviluppo per essere approvati dalla FDA che cambieranno radicalmente il trattamento della NASH.

## Sintesi delle raccomandazioni

### Diagnosi di NAFLD negli adulti

*Quali adulti con NAFLD dovrebbero essere considerati ad "alto rischio" di fibrosi clinicamente significativa (stadi F2-F4) e a rischio di cirrosi? (Fig. 1)*

- Sono da considerare "ad alto rischio" e quindi da sottoporre a screening per NAFLD e fibrosi, le persone con obesità, sindrome metabolica, prediabete e DT2 e quelle con steatosi epatica evidenziata da imaging e/o livelli di aminotransferasi plasmatica persistentemente elevati (oltre 6 mesi). Grado di raccomandazione B; Forza intermedia/alta dell'evidenza.
- Le persone sottoposte a chirurgia bariatrica dovrebbero essere valutate per la presenza e la gravità della NASH e una biopsia epatica dovrebbe essere presa in considerazione al momento dell'intervento chirurgico. La biopsia epatica dovrebbe essere raccomandata se la stratificazione pre-chirurgica suggerisce un rischio indeterminato o elevato di fibrosi epatica. Grado di raccomandazione B; Forza intermedia dell'evidenza.

*Quali esami del sangue (ad es. pannelli diagnostici e biomarcatori specifici) possono essere utilizzati per diagnosticare la NAFLD con fibrosi clinicamente significativa (stadi F2-F4) negli adulti? (Fig. 2)*

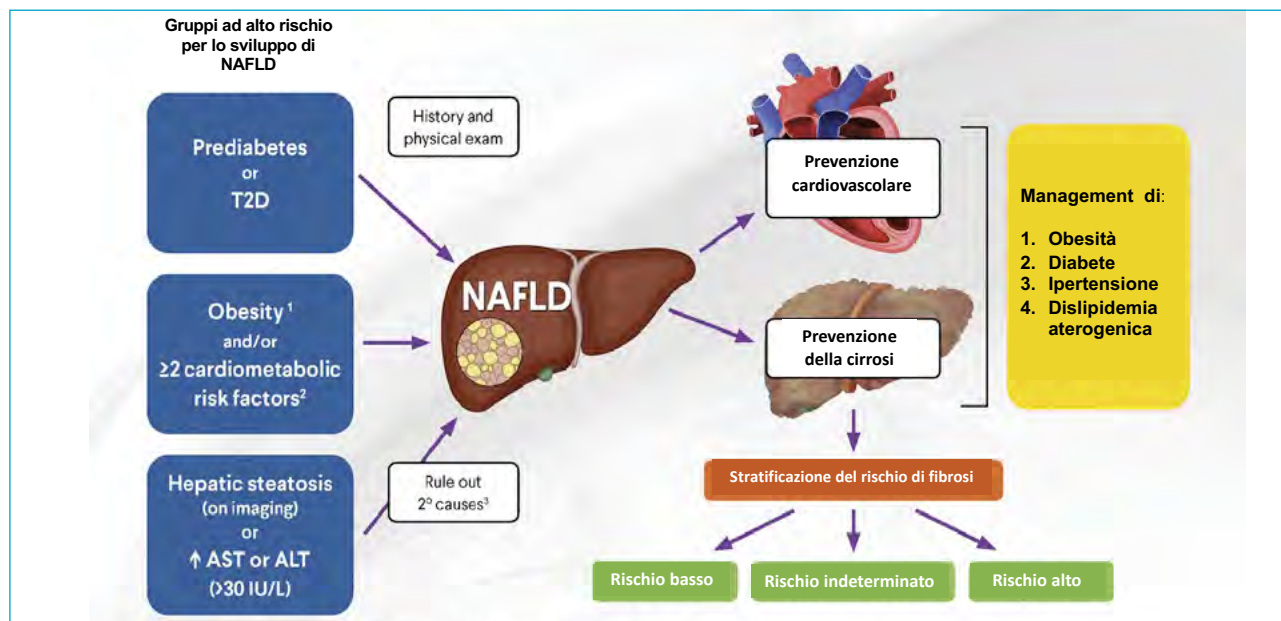
- Il test iniziale non invasivo preferito è il FIB-4. Grado di raccomandazione B; Forza intermedia dell'evidenza.
- Le persone appartenenti ai gruppi "ad alto rischio" con un punteggio FIB-4 indeterminato o elevato dovrebbero essere sottoposti a elastografia o metodiche similari. Grado di raccomandazione B; Forza intermedia dell'evidenza.

*Quali studi di imaging possono essere utilizzati per diagnosticare la NAFLD con fibrosi clinicamente significativa (stadi F2-F4) negli adulti?*

- Per stadiare il rischio di fibrosi nelle

**FIGURA 1.**

**Algoritmo di gestione della steatosi epatica non alcolica (NAFLD)** La valutazione delle persone per il rischio di NAFLD inizia testando i 3 principali gruppi ad alto rischio per lo sviluppo della NAFLD, dopo un'attenta anamnesi, l'esame fisico e l'esclusione di cause secondarie di steatosi epatica. Una volta confermata la NAFLD, la valutazione deve stratificare i soggetti per il rischio di cirrosi epatica e malattia cardiovascolare e coordinarsi in un approccio multidisciplinare (in base alla severità di malattia) per la gestione dell'obesità, del diabete, dell'ipertensione e della dislipidemia (da Cusi et al., 2022, mod.).



persone con NAFLD, l'elastografia è la migliore indagine validata per identificare la malattia avanzata e predire gli esiti correlati all'epatopatia. Grado di raccomandazione B; Forza intermedia dell'evidenza.

**Tutte le persone con diabete mellito dovrebbero essere sottoposte a screening per fibrosi clinicamente significativa (stadi F2-F4) associata a NAFLD?**

- Nelle persone con T2D, i medici dovrebbero considerare lo screening per la fibrosi clinicamente significativa (stadi F2-F4) utilizzando il FIB-4, anche se in presenza di normali livelli di enzimi epatici ematici. Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza alta/intermedia.
- Nelle persone con T1D, i medici possono prendere in considerazione lo screening per la NAFLD con fibrosi clinicamente significativa (stadi F2-F4) utilizzando il FIB-4, solo in presenza di fattori di rischio come obesità, sindrome metabolica, livelli elevati di aminotransferasi plasmatica (> 30 U/L) o

steatosi epatica all'imaging. Grado di raccomandazione C; Forza dell'evidenza intermedia/debole.

- I medici dovrebbero stratificare ulteriormente il rischio cardio-metabolico delle persone con T2D o T1D utilizzando il test FIB-4 o l'elastografia. Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza alta/intermedia.

**Quando un adulto dovrebbe essere indirizzato a un epatologo per la gestione di NAFLD/NASH?**

- I soggetti con livelli di transaminasi persistentemente elevati e/o con steatosi epatica all'imaging e rischio indeterminato (FIB-4 1,3-2,67; LSM 8-12 kPa; o test ELF 7,7-9,8) o alto (FIB-4 > 2,67; LSM > 12 kPa; o test ELF > 9,8) dovrebbero essere indirizzati all'epatologo per un'ulteriore valutazione, che può includere una biopsia epatica. Grado di raccomandazione B; Forza intermedia dell'evidenza.
- I medici devono indirizzare le persone con evidenza clinica di malattia epatica

avanzata (ascite, encefalopatia epatica, varici esofagee o evidenza di ridotta funzione sintetica epatica) a un epatologo per ulteriori cure. Grado di raccomandazione B; Livello intermedio/alto dell'evidenza.

**Gestione della NAFLD negli adulti**

**Come dovrebbero essere gestiti il rischio cardio-metabolico e le altre complicanze extraepatiche nel contesto della NAFLD?**

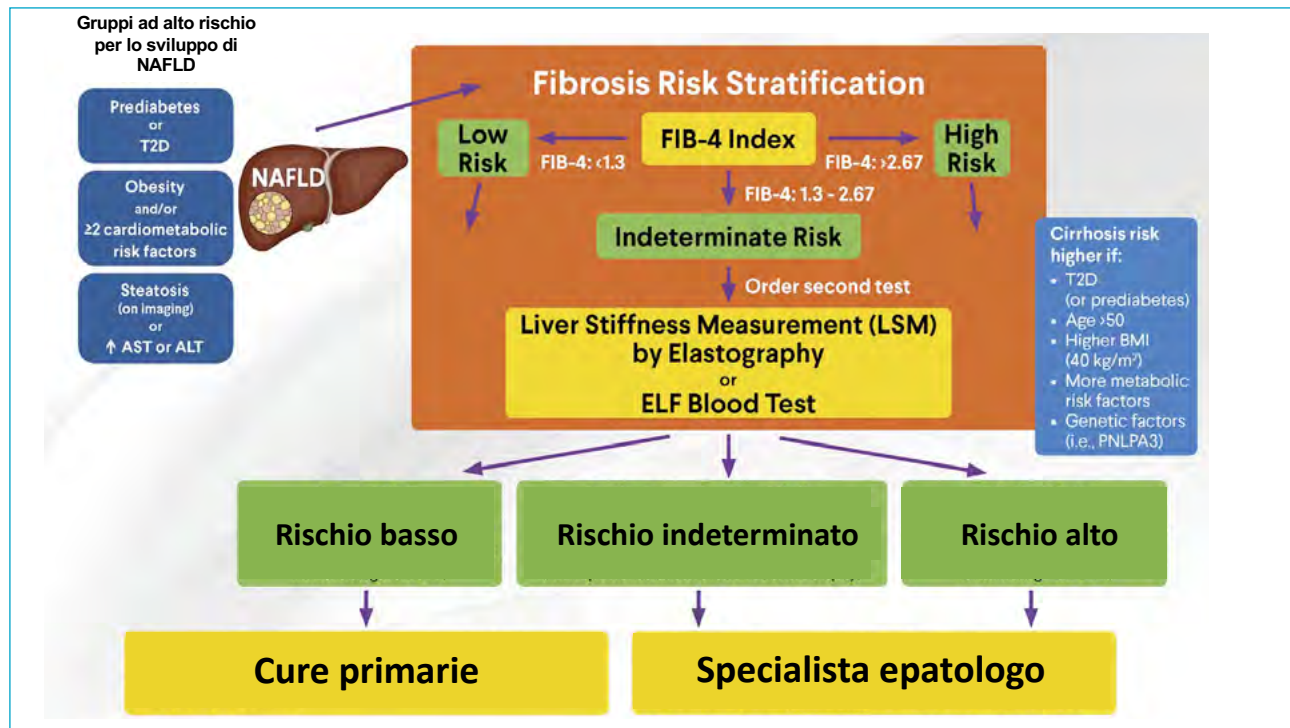
- I medici devono gestire le persone con NAFLD per obesità, sindrome metabolica, prediabete, diabete mellito, dislipidemia, ipertensione e CVD in base agli attuali standard di cura. Grado di raccomandazione A; Forza dell'evidenza alta/intermedia.

**Quali modifiche dello stile di vita (intervento dietetico ed esercizio fisico) dovrebbero essere raccomandate negli adulti con NAFLD?**

- Cambiamenti nello stile di vita nelle persone con eccessiva adiposità e

FIGURA 2.

Prevenzione della cirrosi nella steatosi epatica non alcolica (NAFLD). Una volta stabilita la presenza di NAFLD, la stratificazione del rischio di fibrosi è essenziale. Il primo esame raccomandato è il FIB-4, che spesso consente di individuare soggetti a basso rischio rispetto a quelli ad alto rischio di fibrosi epatica. Tuttavia, una percentuale significativa di persone rientrerà in "zona grigia" di rischio indeterminato che richiede ulteriori test per decidere l'invio allo specialista epatologo. Il secondo test consigliato è il Fibroscan (misurazione della stiffness epatica). Le persone a basso rischio di cirrosi dovrebbero essere gestite in ambulatori di Cure Primarie, mentre quelle con un rischio indeterminato o alto di fibrosi epatica meritano il rinvio allo specialista e un approccio multidisciplinare alla gestione (da Cusi et al., 2022, mod.).



NAFLD dovrebbero essere raccomandate con l'obiettivo di ridurre il peso corporeo di almeno il 5%, preferibilmente il 10%, poiché una maggiore perdita di peso è spesso associata a un maggiore beneficio istologico epatico e cardio-metabolico, compatibilmente con la valutazione del rischio individuale. I medici devono consigliare la partecipazione a un programma strutturato di perdita di peso, quando possibile, adattato allo stile di vita e alle preferenze personali dell'individuo. Grado di raccomandazione B; Livello intermedio/alto dell'evidenza.

- Modifiche dietetiche nelle persone con NAFLD, inclusa una riduzione del contenuto di macronutrienti per indurre un deficit energetico (con restrizione di grassi saturi, amido e zuccheri aggiunti) e adozione di modelli alimentari più sani, come la dieta mediterranea

devono essere raccomandate. Grado di raccomandazione A; Forza intermedia dell'evidenza.

- Nelle persone con NAFLD, i medici devono raccomandare un'attività fisica che migliori la composizione corporea e la salute cardio-metabolica. Quando possibile va raccomandata la partecipazione a un programma strutturato di esercizi, adattato allo stile di vita e alle preferenze personali dell'individuo. Grado di raccomandazione A; Forza intermedia dell'evidenza.

*Quali farmaci si sono dimostrati efficaci per il trattamento delle malattie del fegato e delle condizioni cardio-metaboliche associate a NAFLD o NASH? (Tab. I)*

- Pioglitazone e GLP-1 AR sono raccomandati per le persone con T2D e NASH diagnosticata mediante biopsia

epatica. Grado di raccomandazione A; Alta forza dell'evidenza.

- Nella cura del diabete i medici devono considerare il trattamento con pioglitazone e/o GLP-1 RA quando vi è un'elevata probabilità di avere NASH sulla base di elevati livelli plasmatici di aminotransferasi e test non invasivi alterati. Grado di raccomandazione A; Alta forza dell'evidenza.
- Per offrire un beneficio cardio-metabolico ai soggetti con T2D e NAFLD, i medici devono considerare il trattamento con GLP-1 RA, pioglitazone o inibitori SGLT2; tuttavia, non ci sono prove di beneficio per il trattamento della steatoepatite con inibitori SGLT2. Grado di raccomandazione A; Alta forza delle prove.
- A causa della mancanza di prove di efficacia, metformina, acarbiosio, inibitori della dipeptidil peptidasi IV e insulina non sono raccomandati per il

**TABELLA 1.**

**Farmaci per il trattamento del diabete e loro efficacia per la cura della steatosi epatica non alcolica.**

Farmaco	Grasso epatico	Attività di malattia (NASH, NAFLD score)
Metformina	Invariato	Neutra
Pioglitazone	Ridotto	Migliorato
Insulina	Ridotto	Effetto sconosciuto
GLP-1 RAs (semaglutide e liraglutide)	Ridotto	Migliorato
Inibitori SGLT2 (dapagliflozin, empagliflozin, canagliflozin)	Ridotto	Effetto sconosciuto
Inibitori DPP-IV (sitagliptin e vildagliptin)	Invariato (negli RCT)	Effetto sconosciuto

trattamento della steatoepatite (nessun beneficio sulla necrosi o infiammazione degli epatociti), ma l'utilizzo di questi farmaci può essere proseguito secondo necessità per il trattamento dell'iperglicemia in persone con DT2 e NAFLD o NASH. Grado di raccomandazione B; Alta forza delle prove.

- La vitamina E può essere presa in considerazione per il trattamento della NASH in persone senza T2D, ma al momento non ci sono prove sufficienti da raccomandare per i soggetti con T2D o fibrosi avanzata. Grado di raccomandazione B; Alta forza delle prove.
- Altre farmacoterapie per le persone con NASH non possono essere raccomandate al momento a causa della mancanza di solide evidenze di beneficio clinico. Grado di raccomandazione A; Alta forza dell'evidenza.

**Quali farmaci per l'obesità hanno dimostrato benefici per il trattamento delle malattie del fegato e delle condizioni cardio-metaboliche associate a NAFLD o NASH negli adulti?**

- I medici dovrebbero raccomandare l'uso della farmacoterapia dell'obesità come terapia aggiuntiva alla modifica dello stile di vita per gli individui con

obesità e NAFLD o NASH con un obiettivo di almeno il 5%, preferibilmente il 10%, di perdita di peso, poiché una maggiore perdita di peso è spesso associata a un maggiore beneficio istologico e cardio-metabolico, quando questo non si ottiene efficacemente solo con la modifica dello stile di vita. Grado di raccomandazione B; Forza intermedia dell'evidenza.

- Per la gestione del peso in soggetti con un BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> e NAFLD o NASH, si dovrebbe dare la preferenza a semaglutide 2,4 mg/settimana (migliore evidenza) o liraglutide 3 mg/die. Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza alta/intermedia.
- I medici devono considerare la terapia farmacologica dell'obesità [con preferenza a semaglutide 2,4 mg/settimana (migliore evidenza) o liraglutide 3 mg/die] come terapia aggiuntiva alla modifica dello stile di vita per le persone con obesità e NAFLD o NASH per promuovere la salute cardio-metabolica e trattare o prevenire T2D, malattia CV e altre manifestazioni in fase avanzata di obesità. Grado di raccomandazione A; Forza dell'evidenza alta/intermedia.

**Qual è l'effetto della chirurgia bariatrica sulla malattia epatica e sulle condizioni cardio-metaboliche associate a NAFLD o NASH negli adulti?**

- I medici dovrebbero considerare la chirurgia bariatrica come un'opzione per il trattamento della NAFLD (Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza intermedia/debole; BEL 2) e migliorare la salute cardio-metabolica (Grado di raccomandazione A; Forza dell'evidenza alta/intermedia; BEL 2) in persone con NAFLD e un BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, in particolare se è presente T2D. Dovrebbe anche essere considerata un'opzione in quelli con un BMI da 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>. Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza intermedia/debole.
- Per le persone con NASH e cirrosi compensata, i medici dovrebbero prestare attenzione nel raccomandare la chirurgia bariatrica, che dovrebbe essere altamente personalizzata se prescritta ed eseguita presso centri esperti. Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza intermedia/debole.
- Nelle persone con cirrosi scompensata, la chirurgia bariatrica non dovrebbe essere raccomandata a causa delle prove limitate e del potenziale danno. Grado di raccomandazione B; Forza dell'evidenza intermedia/debole.
- Le terapie endoscopiche bariatriche e metaboliche e i dispositivi per ingestione orale non dovrebbero essere raccomandati nelle persone con NAFLD a causa dell'evidenza insufficiente. Grado di raccomandazione C; Forza dell'evidenza intermedia/debole.

### **Bibliografia di riferimento**

Cusi K, Isaacs S, Barb D, et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Primary Care and Endocrinology Clinical Settings: Co-Sponsored by the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). *Endocr Pract* 2022;28:528-562. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.03.010>

# “...e al medico chi ci pensa?”

## (il *burnout* dei medici in provincia di Bergamo)

Corrado Mariucci<sup>1</sup>, Ferdinando Pellegrino<sup>2</sup>, Mario Zappa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psichiatra e conduttore di Gruppi Balint, ASST Bergamo Est; <sup>2</sup> Psichiatra e psicoterapeuta, Salerno; <sup>3</sup> Presidente SIMG Bergamo

### Riassunto

Il progetto “...e al medico chi ci pensa?” è un'iniziativa nata alla fine del 2019, in epoca pre-COVID, per documentare anche nella provincia di Bergamo, un problema diffuso nel mondo occidentale, il disagio professionale (o *burnout*) dei medici, di crescente gravità, per il quale non si è fatto e non si fa tuttora quasi nulla. La Professione medica in Italia attraversa un periodo difficile per le mutate condizioni epidemiologiche della popolazione, che richiederebbero una serie di modifiche organizzative. La pandemia COVID particolarmente grave in questa provincia, ha ulteriormente esasperato la situazione professionale di tutti i medici e in particolare dei medici di medicina generale (MMG). Abbiamo proposto ai medici della nostra provincia un questionario di valutazione dello stress professionale e della resilienza, cercando di differenziare nella loro percezione, le possibili cause del proprio stress. Il livello di stress professionale è risultato complessivamente alto, come prevedibile, ma il carico dovuto alla sola professione, indipendentemente dalla pandemia, è risultato altrettanto importante e forse più. Le richieste di miglioramento della professione suggerite dai medici partecipanti evidenziano come sia imprescindibile una modifica organizzativa generale e che isolati interventi basati sulla buona volontà dei singoli non sembrano più sufficienti a garantire un corretto svolgimento della professione.

### Razionale

#### Il contesto

La situazione di disagio professionale dei medici italiani, nota da decenni e in progressivo peggioramento, si è ulteriormente aggravata in questi ultimi anni per una serie di motivi coincidenti<sup>1,2</sup>.

Si è progressivamente appesantito il carico di lavoro burocratico assegnato ai medici<sup>3-5</sup>, che ai più resta incomprensibile, inappropriato e intollerabile. La carenza di medici, in particolare di medici di medicina generale (MMG) è ormai più che decennale. Frutto di una programmazione poco avveduta, rischia ora di compromettere la funzionalità di un sistema sanitario non più efficiente

per mancanza di risorse e non più appetibile per i giovani medici che preferiscono scegliere altre opportunità professionali. A questi problemi se ne aggiungono altri, come l'invecchiamento della popolazione con l'espansione delle patologie croniche e le multi morbidità, le mutate/aumentate esigenze degli assistiti, spesso non realistiche e la carenza di gratificazioni professionali<sup>6</sup>. La pandemia COVID ha poi tragicamente evidenziato le difficoltà di una azione efficace da parte del territorio nella fase acuta e successivamente, ha portato le condizioni di lavoro di tutti i medici ai limiti delle capacità di adattamento e di resistenza<sup>7</sup>.

È necessario modificare questa situazione, nell'interesse degli assistiti, del Sistema

Sanitario e della salute degli stessi medici, anche perché il primo requisito nelle professioni di aiuto (soprattutto quella medica) è l'equilibrio dell'operatore<sup>8</sup>.

La Medicina Generale in Lombardia si trova in una situazione particolarmente difficile, che necessita di modifiche, eppure alcune concrete proposte di riorganizzazione della professione, come la costituzione di cooperative di medici, finalizzata a dare supporto e nuove opportunità ai MMG, stentano a trovare sufficienti consensi. Sembra che le novità siano percepite a priori come negative. È possibile che le situazioni di stress professionale dei medici condizionino anche la capacità di cambiare e di sapersi adattare<sup>9</sup>.

### Conflitto di interessi

Ferdinando Pellegrino e Mario Zappa dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Mariucci C, Pellegrino F, Zappa M. “...e al medico chi ci pensa?” (il *burnout* dei medici in provincia di Bergamo). Rivista SIMG 2022;29(4):15-21.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

## Il *burnout*

Caratterizzata da un insieme di disturbi fisici e psico-emozionali, la sindrome da *burnout*<sup>9</sup> è riconosciuta come disturbo professionale e inserita nell'ICD 11. Rilevare in sé o negli altri, alcuni comportamenti o disturbi caratteristici di questa sindrome, può essere d'aiuto oltre che per la diagnosi, anche per valutarne la gravità e lo stato di evoluzione.

### Le fasi del *burnout*

1. Ricerca di approvazione.
2. Sovraccarico di lavoro.
3. Trascura i propri bisogni.
4. "Sposta" il problema.
5. Distorce la scala dei valori.
6. Aggressività e negazione.
7. Ritiro sociale.
8. Modifica il comportamento.
9. Perdita di personalità.
10. Vuoto interiore.
11. Depressione.
12. *Burnout*.

Numerose ricerche hanno rilevato una alta percentuale di medici che soffrono un "disagio professionale" in varia misura fino ad arrivare a un franco *burnout*. La sofferenza causata dal persistere di situazioni stressanti comporta oltretutto anche un alto rischio di suicidio, particolarmente fra le dottoresse, come rilevano alcune inchieste<sup>3,4</sup>.

Questo problema interessa tutte le categorie mediche, ma le più esposte a tale rischio sembrano essere: terapia intensiva, urgenza e pronto soccorso, neurologia e, forse sorprendentemente per qualcuno, anche la medicina di famiglia<sup>4,5,10</sup>. In effetti il MMG è l'unico professionista che deve farsi carico di tutti i problemi di salute degli assistiti, quelli anatomico-funzionali e quelli psico-sociali, secondo il concetto di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Un compito evidentemente tanto gravoso da mettere a rischio l'equilibrio psichico del medico, in particolare se il lavoro è svolto in un clima di pressioni e incertezze<sup>6</sup>. L'errore professionale, più frequente in condizioni di stress può causare al medico ulteriori problemi psico-emozionali, noti come sindrome della seconda vittima<sup>11</sup>.

## Il progetto

"...e al medico chi ci pensa?" è una iniziativa nata alla fine del 2019, in epoca pre-COVID, per documentare anche nella provincia di Bergamo, l'esistenza di un problema diffuso nel mondo occidentale, il disagio professionale (o *burnout*) dei medici, di crescente gravità, per il quale non si è fatto e non si fa tuttora quasi nulla.

### Obiettivi del progetto

1. Rilevare le caratteristiche del disagio professionale dei medici della provincia di Bergamo e la loro capacità di resilienza.
2. Organizzare un incontro con i medici per presentare i risultati dell'indagine e ragionare insieme sulle modalità di vivere il disagio.
3. Prendere in considerazione possibili strategie di aiuto e supportare eventuali iniziative.

### Materiali e metodi

La prima fase del progetto, l'indagine conoscitiva, è stata realizzata tramite la raccolta delle risposte al questionario di E. Palmer<sup>12</sup>, modificato ad hoc, accessibile da un sito internet, rivolto a tutti medici della nostra provincia e disponibile tra gennaio e febbraio 2022. L'invito a partecipare è stato inviato tramite i comunicati dell'Ordine professionale e con e-mail inviate a elenchi di medici.

La pandemia COVID, inizialmente non ipotizzabile, ha poi rappresentato, un problema aggiuntivo per il progetto stesso.

Per questo motivo, a integrazione del questionario originale di E. Palmer, abbiamo chiesto ai partecipanti di differenziare, nella loro percezione, l'origine del loro stato di disagio, proponendo tre possibili componenti: la pandemia, la professione o "altre cause". L'incontro in presenza con i medici si è svolto il 21.5.2022 a Bergamo ed è stato coordinato da C. Mariucci, psichiatra con esperienza nelle relazioni professionali e da F. Pellegrino, psicoterapeuta delle situazioni stressanti e della psicologia del positivo.

## Risultati

Hanno partecipato 292 medici, in prevalenza femmine (55,6%).

L'età media è risultata di 49 anni (min 25-max 75). Non è nota l'anzianità professionale.

Tipologie dei medici partecipanti: MMG 134, ospedalieri 94, "altri medici" 64.

150 i medici del territorio. (MMG + PLS + CA + RSA). In totale 53 categorie mediche rappresentate.

La grande variabilità delle categorie mediche rappresentate e la difficoltà di aggregarle in modo razionale, ci ha permesso di confrontare solamente le risposte inviate dai due gruppi meglio individuabili: i MMG e i medici ospedalieri.

In un campo libero del questionario, chiedevamo ai medici di proporre alcune modifiche migliorative della professione o in alternativa, di riferire una propria testimonianza. Ecco quella di una giovane collega (Fig. 1).

### I medici e lo stress (Tab. I)

Come prevedibile la pandemia COVID è legata a una quota molto importante dello stress professionale di tutte le categorie mediche, solamente uno scarso 4% dei medici non ritiene che il COVID sia stato finora causa di maggiore stress professionale.

Lo stress prettamente legato alla professione che il medico svolge è risultato presente in maniera cospicua in tutte le categorie mediche rappresentate, solamente il 2% circa dei medici dichiara assente questa causa di stress.

Circa 3/4 dei medici riconoscono la presenza di "altre cause" nel determinare il proprio livello di stress.

Ci è sembrato inoltre utile rilevare le differenti condizioni dell'ambiente di lavoro dei MMG, quantomeno rispetto all'essere singoli o in gruppo e avere/non avere il supporto di personale di studio infermieristico e/o di segreteria (Fig. 2).


### Rapporti professionali e resilienza (Tab. II)

Oltre 2/3 dei medici trova difficoltà nelle relazioni di lavoro con i colleghi. Quasi la metà ha perplessità nel chiedere un aiuto. Avere chiari obiettivi non risulta essere con-



**FIGURA 1.**  
Cosa dice una giovane collega.

## “Testimonianze” - 3




Mi rendo conto che ciò che mi stressa non è il contatto con la malattia o le situazioni critiche ma non avere le idee chiare su cosa fare e non avere nessuno a cui chiedere, che mi aiuta. Non so ancora quale specialità sceglierò però quello che vorrei è avere delle idee chiare/ uno schema chiaro di come affrontare i vari problemi.  
E in questo sarebbe molto utile la presenza di Maestri dediti all’insegnamento ...  
...e questo non si trova sempre.

Mi era capitato di iniziare un percorso di specialità in cui percepivo che nessuno voleva insegnarci, anzi talvolta mi sentivo anche ostacolata nell’apprendimento.. fare tutto da sola sarebbe stato davvero difficile. Se vai da solo.. vai lento...  
Vedevo tanti medici sempre agitati e nervosi... anche se avevano tanti anni di esperienza...  
...e che di fronte ad alcune situazioni mi sembravano ancora insicuri.

**Ho rinunciato agli studi.**

Inoltre non siamo fatti solo di lavoro.  
Anche il medico deve avere la possibilità di avere del tempo libero .. si deve staccare la testa.. altrimenti un problema inizierà a sembrare più grande di quello che è ... e ti stacchi anche dalla realtà.  
Un medico che sta nel suo mondo e non ha più a che fare con la gente o che non sta bene nella sua vita ... come può capire e rendersi conto dell’importanza di fare stare meglio le persone per vivere bene?



Da “Indagine sul burn out dei medici – Bergamo, febbraio 2022

diviso da quasi la metà dei medici, al contrario degli altri colleghi.

Meno di 1/3 dei MMG sembra essere ottimista, mentre più della metà non ne vede il motivo. Ottimismo ridotto anche in ospedale. La maggior parte dei medici pensa di essere disponibile ai cambiamenti, la maggior parte ritiene di concedere troppo agli assistiti.

Circa l’80% dei MMG dichiara di sentirsi “stremato dal lavoro” almeno tutte le settimane. Quasi 1/3 si sente sfinito “ogni giorno”. Anche il problema della insensibilità

nei confronti degli altri è molto presente e sentito fra quasi tutti i medici (Tab. III).

### Cosa vogliono i medici

Eliminare l’eccessiva burocrazia, ridurre il carico complessivo di lavoro, migliorarne l’organizzazione e disporre di strumenti tecnologici efficienti, sono risultati i temi principali su cui si sono concentrate le richieste di quasi tutte le categorie mediche. Anche la possibilità di lavorare in team e in maniera veramente collaborativa è stata invocata frequentemente.

Per diversi MMG sembra importante disporre di personale di studio.

Non mancano richiami all’etica nei rapporti fra colleghi, alla dignità professionale o al rispetto da parte degli utenti. 78 medici (27%) non hanno risposto (Fig. 3).

### Uno degli obiettivi dell’indagine riguardava la capacità di resilienza dei medici

#### Incontro con i medici

L’incontro in presenza con i medici, come previsto nel progetto si è svolto il 21.5.2022 a Bergamo con la partecipazione di 26 MMG e 3 ospedalieri ed è stato coordinato da Corrado Mariucci, psichiatra con esperienza nelle relazioni professionali e da Ferdinando Pellegrino, psicoterapeuta con competenza delle situazioni stressanti e della psicologia del positivo. Sono state presentate e discusse alcune metodologie di supporto contro il *burnout*, come la partecipazione a gruppi di discussione (Balint), alcune tecniche per migliorare la propria resilienza e i potenziali vantaggi pratici del lavoro in team (Fig. 4).

### Discussione

#### Partecipazione

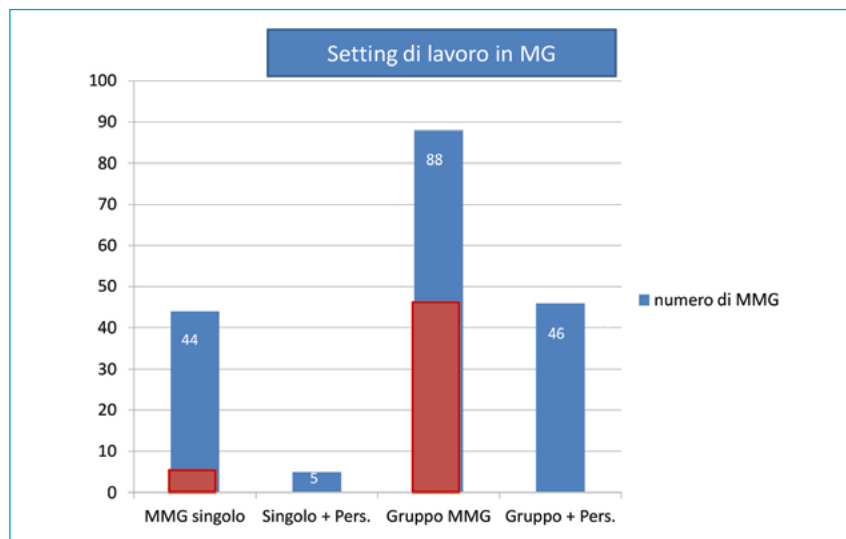
Stimando in maniera approssimativa che l’invito a rispondere al questionario sia stato letto da circa 3000 medici, possiamo dedurre che solamente un 10% ha ritenuto di partecipare all’indagine. La

**TABELLA I.**  
Le componenti dello stress.

	Totalmente	In gran parte	Per metà	Discreta parte	Per niente
In che misura il tuo livello di stress è connesso al surplus di impegni legati alla pandemia?	14,7%	42,3%	19,6%	19,6%	3,8%
In che misura il tuo livello di stress è connesso alla professione, indipendentemente dalla pandemia?	12,2%	42,3%	24,5%	18,9%	2,1%
In che misura il tuo livello di stress è connesso a cause diverse da quelle già citate?	1,4%	10,2%	15,8%	51,9%	20,7%

**FIGURA 2.**

Esiste una variabilità di composizione dei setting, anche se prevale quello in Gruppo.



discreta prevalenza dei MMG partecipanti è verosimilmente dovuta alla modalità della comunicazione, per loro reiterata

tramite bollettino dell'OdM, lista FIMMG e lista SIMG. All'incontro in presenza hanno partecipato solamente 29 medici sui 165

che avevano dichiarato la volontà di partecipare. Nel corso dell'incontro non sono scaturite iniziative concrete da realizzare per contrastare questi problemi. Possiamo valutare questi dati come scarso interesse per il problema o, più verosimilmente, come sfiducia e rassegnazione.

#### Le dottoresse e il burnout

La prevalenza femminile dei partecipanti all'indagine (160 femmine vs 128 maschi) viene ulteriormente confermata dalla partecipazione all'incontro in presenza (18 vs 11). In accordo con i dati di altre inchieste, anche nella nostra provincia, le dottoresse sembrano più coinvolte e interessate a discutere di queste problematiche.

È possibile che questo dato risenta di una diversa sensibilità personale rispetto ai colleghi maschi, dei dati statistici su depressione e suicidi femminili e sulla relativa frequenza di aggressioni verbali e/o fisiche a dottoresse durante lo svolgimento del lavoro, riferiti dalla cronaca quotidiana.

**TABELLA II.**

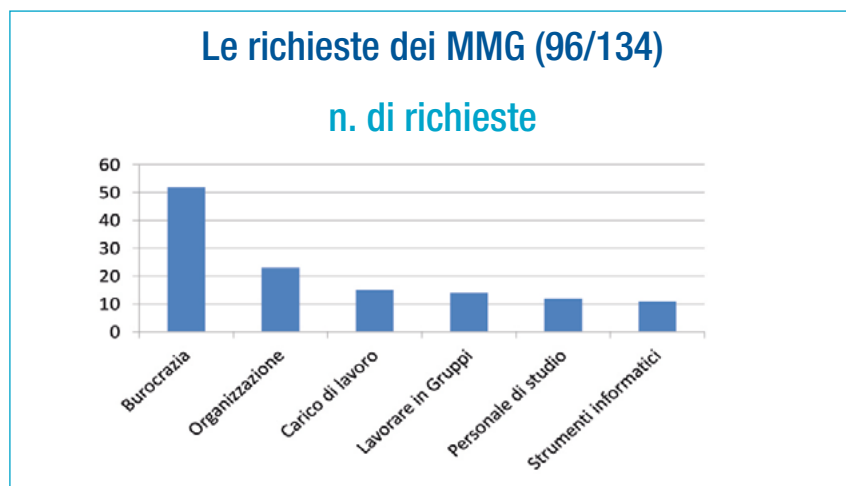
Risposte al questionario.

	Molto d'accordo	D'accordo	Non so	Disaccordo	Molto in disaccordo
La cartella elettronica ha migliorato la tua efficienza?	23,4 %	45,2%	24,5%	4,9%	3,0%
Quando un tentativo fallisce imparo e cambio il mio approccio	15,1%	64,6%	15,8%	3,5%	1,0%
Quando un tentativo fallisce riduco la fiducia nelle mie capacità	5,8%	35,1%	21,0%	29,9%	8,2%
Pochi colleghi con cui condividere i problemi di lavoro	21,6%	50,2%	5,0%	21,0%	2,2%
A volte metto in dubbio il mio impegno sul lavoro	5,7%	28,8%	12,0%	33,6%	19,9%
Ho messo in atto strategie per aiutarmi contro lo stress	14,0%	45,2%	20,5%	15,8%	4,5%
Trovo facile chiedere aiuto ai colleghi	9,6%	41,1%	18,5%	24,3%	6,5%
Ho obiettivi chiari	12,0%	44,5%	28,4%	11,6%	3,5%
Quando ho difficoltà perdo di vista il mio obiettivo	7,6%	31,8%	18,7%	33,9%	8,0%
Sono ottimista riguardo al futuro	5,8%	19,5%	25,0%	30,1%	21,6%
Mi preoccupano i problemi su cui non ho controllo	29,9%	51,9%	7,5%	9,3%	1,4%
Chiedere aiuto sarebbe una debolezza	2,0%	5,6%	9,9%	50,7%	31,8%
Faccio fatica ad adattarmi ai cambiamenti	6,2%	26,8%	15,8%	43,6%	7,6%
Dico sì più spesso di quanto dica no	19,9%	43,5%	22,6%	13,4%	0,6%
Sconfitte difficili da dimenticare e successi difficili da ricordare	19,7%	44,1%	15,5%	17,9%	2,8%

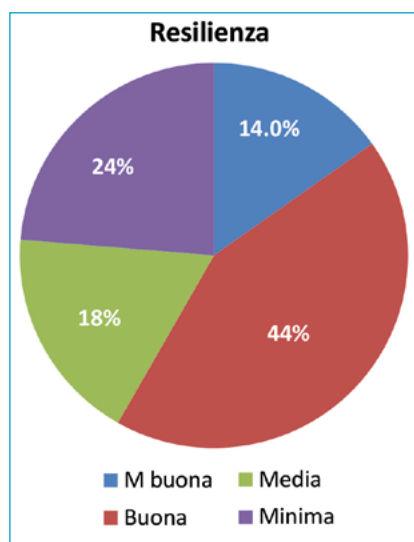
**TABELLA III.**  
Risposte al questionario.

	Mai	Più volte/anno	1 volta/mese	Più volte/mese	1 volta/settimana	Più volte/settimana	Ogni giorno
Mi sento stremato dal mio lavoro	3,3%	8,6%	4,0%	16,9%	9,0%	35,5%	23,4%
Sono diventato più insensibile agli altri	19,2%	17,5%	5,0%	19,2%	7,3%	20,5%	11,3%

**FIGURA 3.**  
Rileviamo che ben 44 MMG su 134 (30%) non vedono possibili miglioramenti (6 sono propensi a rinunciare alla professione).



**FIGURA 4.**  
Valutando le risposte al questionario, secondo le indicazioni dell'autrice, E. Palmer, possiamo desumere empiricamente nei nostri medici, la capacità di resilienza, cioè il sapersi opporre positivamente alle difficoltà.



### Lo stress

Fra i MMG lo stress da COVID, risulterebbe più alto, anche rispetto ai medici ospedalieri.

Questa differenza potrebbe originare da diversi motivi, fra cui:

- presa in carico totale delle problematiche degli assistiti, caratteristica della MG e non della specialistica;
- tipologia di incarico in ospedale (il 9% degli ospedalieri non dichiara stress da COVID, mentre la quota è zero fra i MMG);
- periodo dell'indagine: gennaio-febbraio 2022 (durante l'emergenza del 2021 avremmo probabilmente raccolto dati differenti);
- alcuni ospedali hanno attivato, già nelle prime fasi della pandemia, un servizio di supporto psicologico per gli operatori (ad es. Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo).

I MMG dichiarano un livello di stress strettamente professionale più contenuto rispetto ai medici ospedalieri, forse anche in virtù di un certo grado di autonomia organizzativa del proprio lavoro. Se così fosse questa caratteristica dovrebbe essere considerata un punto di forza della professione, assolutamente da non perdere. Diversi medici segnalano un discreto stress dovuto ad altre cause, verosimilmente di tipo personale, che meriterebbero un eventuale ulteriore approfondimento.

### I rapporti professionali

Si rileva una discreta difficoltà nei rapporti fra colleghi, apparentemente meno giustificabile in ambiente ospedaliero, rispetto al territorio, dove il MMG è storicamente single. La situazione viene perfettamente descritta in un articolo con queste parole: “chiacchieri prendendo un caffè ma non sai se te la sta contando giusta...”<sup>13</sup>.

### La salute

I medici, tutti, professionisti dell'aiuto agli altri sembrano in imbarazzo quando lo devono chiedere per se stessi.

Ciò può risultare particolarmente penalizzante quando il medico sia oltretutto gravato da problemi personali. Si ammala non meno dei suoi assistiti, come documentano alcuni studi, anzi alcune patologie croniche sembrano più frequenti nei medici<sup>14</sup>.

Le patologie psichiatriche non sono rare fra i medici, mentre attualmente non ci sono dati sulla presenza di dolore cronico. Inoltre sappiamo che i medici tendono a sottovalutare i propri problemi di salute, a fare autodiagnosi di comodo e infine a ritardare le cure, anche quando auto prescrite<sup>14</sup>. Anche questa componente potrebbe influire sul benessere generale.

## Setting di MG

Pur considerando con prudenza le deduzioni che possono essere fatte su un campione di circa 1/5 dei MMG che lavorano nella nostra provincia, sembrerebbe che:

- i MMG in gruppo possano essere più partecipativi (88 vs 46 hanno risposto all'indagine);
- essere in un gruppo faciliti la possibilità di avere personale di studio (46/88 vs 5/46);
- la partecipazione a un gruppo con personale di studio possa ridurre il livello di stress, almeno nelle sue espressioni più estreme. D'altra parte la disponibilità di personale di studio e la partecipazione a un gruppo sono fra le proposte di miglioramento professionale più richieste dai MMG partecipanti.

## Le richieste

Circa 2/3 dei medici vorrebbe modifiche migliorative della professione, in gran parte attuabili solo tramite il coinvolgimento di tutte le parti interessate (ministero, regioni, sindacati, società scientifiche, ecc.) attualmente problematico.

1/3 circa dei medici non sa cosa rispondere o non crede nelle possibilità di migliorare. Notiamo infine che, a differenza di altre indagini, quasi nessuno (3/292) ha avanzato richieste di miglioramento economico. In una indagine USA del 2017 su 15.000 medici<sup>4</sup> un miglioramento economico risultava essere la richiesta prevalente. La vera richiesta dei medici in questa indagine sembra essere: lasciateci lavorare meglio!

## La resilienza

A quanto sembra la resilienza media dei medici al momento appare medio-buona, sebbene in quasi ¼ dei medici sia minima. Inoltre sembra essere in contrasto con i dati relativi allo scarso ottimismo per il futuro, alle scarsa adesione a proposte di miglioramento della professione e alla ridotta voglia di partecipazione, che sembrano indicare invece una certa rassegnazione. Sarebbe interessante conoscere i motivi che inducono alcuni medici ad aver fiducia in un miglioramento della professione.

Ci si può chiedere se questa resilienza sia

solo una sopportazione passiva e quanto possa essere sostenibile questa situazione.

## Conclusioni

Da alcuni dati della nostra indagine, confermati da recenti ricerche svolte sul territorio nazionale<sup>15</sup> si possono fare alcune considerazioni.

Il disagio professionale di quasi tutte le categorie mediche è profondo e diffuso a Bergamo, come in molte regioni italiane.

La Medicina del Territorio sembra pagare un tributo maggiore allo stato organizzativo attuale: maggior aumento del carico di lavoro e della disponibilità oraria, minor riduzione di servizi agli utenti, sensazione di non essere adeguatamente tutelati, maggior incidenza di morti per COVID (secondo la Fondazione ENPAM sono 141 su 374 i MMG in attività o pensionati deceduti per COVID al 10.7.2022). Purtroppo manca un riconoscimento vero da parte delle istituzioni per l'importanza del lavoro effettivamente svolto (ad es. in Lombardia i MMG organizzati in Cooperative a oggi hanno effettuato oltre 1,5 milioni di vaccinazioni anti-COVID). Soprattutto non sembrano esserci al momento proposte di rinnovamento veramente costruttive per il Territorio<sup>15-17</sup>.

Dobbiamo infine riconoscere che sono pochi e forse sempre meno i medici, in particolare i MMG, disposti a mettersi in gioco, modificando la propria organizzazione di lavoro, in una situazione incerta e che non mostra segnali di apertura a breve-medio termine. Anche rispetto al disagio professionale, nei singoli sembra prevalere una certa rassegnazione: che sia ormai troppo tardi?

In letteratura non mancano le indicazioni per aiutare il medico a rinnovarsi, rafforzare la propria capacità di resilienza e migliorare le condizioni del lavoro<sup>8,9,15-21</sup> ma probabilmente non è più sufficiente la buona volontà dei singoli, le iniziative devono trovare applicazione concreta dentro una nuova organizzazione della professione medica, con il supporto delle agenzie di riferimento<sup>22</sup>.

Un ringraziamento alla dott.ssa Giuliana Giunti per la collaborazione e a tutti i medici che hanno partecipato all'indagine

## Bibliografia

- 1 Ricciardi W, Atella V, Cricelli C, et al. Tempesta perfetta. Ed. Vita e Pensiero 2015.
- 2 Cavicchi I. Ripensare la Medicina. Ed. Bollati Boringhieri 2004.
- 3 FNOMCeO. Rischio stress per i medici di famiglia 31.3.2011. <https://portale.fnomeo.it/rischio-stress-per-i-medici-di-famiglia/>
- 4 Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2019 (realizzata su un campione di 15.069 dottori di 29 specialità diverse tra fine luglio e metà ottobre 2018).
- 5 Pellegrino F. Medico di MG e burnout. Relazione presentata al I Congresso Nazionale "Medico cura te stesso", Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. Modena, 18 aprile 2009.
- 6 Mariucci C. Relazione presettata durante nell'"Incontro Burnout Medici", Bergamo 21.5.2022 (disponibile su richiesta).
- 7 Sodano L. Emozioni virali: le voci dei medici dalla pandemia. Il pensiero Scientifico 2020.
- 8 Balint M. Medico, paziente e malattia. Ed Feltrinelli 1983.
- 9 Maslach C. Il prezzo dell'aiuto degli altri. Cittadella Ed. 1997.

### BOX: 5 consigli per contrastare il burnout

- **Modificare il lavoro:** ambiente, organizzazione, orario, collaboratori, obiettivi, ecc. (anche una piccola modifica).
- **Individuare gli "elementi disturbanti":** difficoltà di relazione, comportamenti, persone/situazioni "difficili".
- **Pausa lavorativa:** non solo "vacanza", ricerca di relax/benessere, riflessione, scala delle priorità, ecc.
- **Evitare di sentirsi "vittime":** atteggiamento passivo destinato a far perdere anche le occasioni di recupero.
- **Rifutare i sensi di colpa:** deleteri e inutili, accettare i propri limiti e pensare come migliorare, parlare ad "altri".

- <sup>10</sup> Carbonatto P, Pellegrino F. Il rischio per la salute per il medico di famiglia. Rivista SIMG 2017;(3):10-12.
- <sup>11</sup> Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ 2000;320:726-727.
- <sup>12</sup> Palmer E. Questionario “stress-resilienza” (disponibile su richiesta).
- <sup>13</sup> Negro E. Storia del burn-out di un Medico. <http://www.elisanegro.it> 2017
- <sup>14</sup> Palmieri B, Palmieri L, Romani G, et al. Le malattie più frequenti nei medici. <http://networksecondoparere.it/data/repository/201201738822ea11d/lemalattiepifrequentineimedici.pdf>
- <sup>15</sup> Anelli F (FNOMCeO). Conferenza Nazionale sulla Questione Medica, Roma 21.4.22. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2022/04/RELAZIONE-PRES-ANELLI.pdf>
- <sup>16</sup> Istituto Piepoli. Indagine FNOMCeO 2022.
- <sup>17</sup> Cartabellotta N. Le risorse del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE 2022.
- <sup>18</sup> Luban-Plozza B, Pozzi. U Convivere con lo Stress. Ed. Soleverde 1990.
- <sup>19</sup> Watzlawick P. Il linguaggio del cambiamento. Ed. Feltrinelli 2013.
- <sup>20</sup> Walton D. L'intelligenza emotiva. Ed. Feltrinelli 2017.
- <sup>21</sup> Pellegrino F, Esposito G. Burnout, mobbing e malattie da stress. Verona: Positive Press 2019.
- <sup>22</sup> 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale - 2022

# La fragilità: il maggior fattore prognostico indipendente di COVID-19 nel set delle Cure Primarie

Carlo Fabris<sup>1</sup>, Denise Sief<sup>1</sup>, Lucia Casatta<sup>1</sup>, Pamela Marcuzzi<sup>1</sup>, Alberto Fragali<sup>2</sup>, Luigi Canciani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medico di Medicina Generale, Distretto di Udine; <sup>2</sup> Direttore SOC Area Adulti, Anziani e Cure Primarie, Distretto di Udine; <sup>3</sup> Direttore, Distretto di Udine - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

## Riassunto

La fragilità è un importante fattore predittivo in medicina. Scopo dello studio è stato valutare in Medicina Generale il ruolo della fragilità nel predire l'evoluzione COVID-19. In 653 pazienti con questa malattia (305 maschi, 348 femmine, età mediana 55 anni) sono stati raccolti i dati demografici e clinici comprensivi di Clegg e CSHA. CSHA > 3 è risultato il parametro più fortemente associato ( $p < 0,001$ ) all'ospedalizzazione (N = 71) e al ricovero in ICU/decesso (N = 30), rispetto al permanere a domicilio (N = 552). La fragilità rappresenta il più importante fattore predittivo di evoluzione COVID-19.

## Introduzione

Numerosi sono gli elementi che possono aggravare la prognosi di COVID-19. Il primo fattore prognostico è rappresentato dall'età, con malattia più severa con l'avanzare degli anni. La presenza di diabete, obesità e altre malattie come l'ipertensione sono patologie associate a prognosi peggiore<sup>1-3</sup>. Gli studi esistenti riportano gli elementi in grado di influenzare la prognosi nel momento in cui il paziente è ricoverato, mentre poco si sa riguardo agli elementi che condizionano la prognosi al di fuori dell'ospedale. Una recente metanalisi condotta confrontando diversi studi di coorte ha evidenziato come la fragilità sia un elemento prognostico in grado di influenzare in modo determinante la mortalità di questi pazienti<sup>4</sup>.

La fragilità in Medicina Generale rappresenta un elemento ben noto al medico ma di difficile categorizzazione e quantificazione. Tuttavia, nel setting della Medicina Generale, riconoscere e quantificare in modo accurato la fragilità rimane un obiettivo di primaria importanza. Numerosissimi test e indici di fragilità sono stati proposti, con alterne fortune<sup>5-7</sup>. In particolare, appare evidente come sia necessario includere un numero importante di parametri demografici, clinici, terapeutici, assistenziali e sociali per avere una quantificazione abbastanza precisa della fragilità. L'elevato numero di variabili potenzialmente influenzanti lo stato di fragilità richiede pertanto l'analisi di casistiche molto numerose. Inoltre, in presenza di

evoluzioni cliniche non rapide, sono spesso richiesti tempi lunghi (diversi anni) per testare e per validare i vari test di fragilità. COVID-19, essendo un detonatore di fragilità, rappresenta una occasione irripetibile per studiarla e per meglio quantificarla. Numerosi lavori sono presenti in letteratura concernenti la relazione tra fragilità ed evoluzione della malattia COVID-19<sup>4</sup>. Tuttavia, i dati di questi studi concernono outcome ospedalieri<sup>8,9</sup>, mentre poco o nulla è stato fatto nel campo della Medicina Generale, set di gestione della maggior parte dei pazienti con questa malattia. Non è noto se, anche per questa coorte di pazienti a domicilio, si possano applicare gli stessi parametri presi in considerazione nei pazienti ospedalizzati. Inoltre, gli studi in letteratura sono spesso

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Fabris C, Sief D, Casatta L, et al. La fragilità: il maggior fattore prognostico indipendente di COVID-19 nel set delle Cure Primarie. Rivista SIMG 2022;29(4):22-28.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

carenti di informazioni sullo stato socio-economico del paziente.

Scopo di questo studio è stato valutare in una coorte di pazienti afferenti alla Medicina Generale l'aspetto evolutivo della malattia COVID-19 in relazione, in particolare, alla fragilità testata tramite due indici largamente utilizzati, Clegg e CSHA.

## Metodi

Sono stati reclutati 653 pazienti (305 maschi e 348 femmine, età mediana 55 anni) risultati positivi al tampone antigenico o molecolare per SARS-CoV-2, 490 (75,0%) del

Distretto di Udine e 163 (25,0%) del Distretto di San Daniele del Friuli. Il periodo di reclutamento va dal mese di marzo 2020 al mese di giugno del 2021. Tale periodo è stato suddiviso nelle tre ondate epidemiche, la prima dell'inverno-primavera del 2020 (111 pazienti, 17,0%), la seconda dell'autunno-inverno 2020-2021 (232 pazienti, 35,5%) e la terza dell'inverno-primavera 2021 (310 pazienti, 47,5%). Nessun paziente ha ricevuto terapia con anticorpi monoclonali a domicilio o il vaccino COVID-19. Per ogni paziente è stata compilata una scheda contenente elementi demografici, socioeconomici e

clinici comprensivi dei due indici di fragilità Clegg<sup>5</sup> e CSHA<sup>6</sup>. Nella Tabella I sono riportati gli elementi costituenti di ambedue i test di fragilità. L'evoluzione clinica della malattia COVID-19 è stata suddivisa nel modo seguente: pazienti con gestione a domicilio (N = 552, 84,5%), pazienti che hanno necessitato ricovero in ospedale (N = 71, 10,9%), pazienti ricoverati in terapia intensiva (N = 8, 1,2%) e infine pazienti deceduti per COVID-19 (N = 22, 3,4%). Nei pazienti curati a domicilio e appartenenti alla seconda e terza ondata (N = 479), è stata effettuata una ulteriore classificazione: a) pazienti pau-

## TABELLA I.

*Elementi costitutivi e gradazione del punteggio degli indici di fragilità Clegg e CSHA. L'indice di Clegg è costituito da 36 voci comprensive di stati patologici, sintomi/segni, disabilità e un valore di laboratorio. Il punteggio può essere espresso direttamente come somma dei deficit o come rapporto tra la somma ottenuta e il totale possibile. Il CSHA stratifica i pazienti in nove categorie di progressiva maggior fragilità. Ambedue gli indici non necessitano della presenza del paziente.*

Indice elettronico <sup>1</sup> di Clegg (36 deficit)		
Stati patologici (20)		Sintomi/segni (8)
Artrite	Fibrillazione atriale	Poli-terapia
Malattia cerebrovascolare	Nefropatia cronica	Vertigini
Diabete mellito	Problemi ai piedi	Dispnea
Fratture da fragilità	Scompenso cardiaco	Cadute
Malattie valvole cardiache	Iperensione	Turbe del sonno
Ipotensione/sincope	Cardiopatia ischemica	Incontinenza urinaria
Osteoporosi	Parkinsonismi	Problemi cognitivi/della memoria
Ulcera peptica	Arteriopatia periferica	Calo di peso/anoressia
Malattie respiratorie	Ulcere cutanee	
Disabilità (7)		
Tireopatie		
Malattie vie urinarie	Deficit visivo	Deficit uditivo
	Costretto a casa	Vulnerabilità sociale
Valore di laboratorio (1)	Necessità di assistenza	Problemi di motilità
Anemia	Limitazioni di attività	
CSHA <sup>2</sup> <i>Canadian Study of Health and Aging</i>		
1 = Molto in forma	2 = In forma	3 = Se la cava bene
4 = Se la cava abbastanza bene	5 = Leggermente fragile	6 = Moderatamente fragile
7 = Molto fragile	8 = Fragilità molto grave	9 = Malato terminale

<sup>1</sup> Viene denominato elettronico in quanto può essere desunto dall'analisi della cartella informatizzata del paziente.

<sup>2</sup> Si basa su una valutazione sintetica del medico di famiglia frutto della profonda conoscenza del paziente.

cisintomatici (N = 337, 70,4%) e pazienti con sintomatologia più severa (N = 142, 29,6%). I criteri tenuti in considerazione per classificare un paziente come severo a domicilio sono stati: la presenza per almeno tre giorni di uno fra febbre > 38°C, sintomi sistemici importanti (algie, nausea, profonda astenia, ecc.), iniziale de-saturazione (SpO<sub>2</sub> ≤ 93%). Tale classificazione riprende sostanzialmente i criteri della Circolare Ministero della Salute 0008676-26/04/2021-DGPROGS-MDS-P recante "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 aggiornata al

26 aprile 2021". Nella nostra realtà territoriale corrispondono ai criteri utilizzabili per l'attivazione a domicilio delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA). Tutti i dati dei pazienti sono stati raccolti per il tramite del MMG di riferimento.

## Risultati

### Predizione dell'evoluzione clinica di COVID-19

Nella Tabella II sono riportati i parametri demografici, socioeconomici e clinici stra-

tificati in base alla evoluzione di COVID-19 nei tre gruppi: a domicilio, ospedalizzati e terapia intensiva/decesso. Appare evidente una associazione fortemente significativa fra la gravità di evoluzione e alcuni parametri demografici e clinici. In particolare, l'aumentare dell'età appare associarsi fortemente a una evoluzione peggiore di COVID-19, segnatamente ricovero in terapia intensiva o decesso (Fig. 1). Una evoluzione della malattia in ospedale o il decesso sono risultati più frequenti con valori di BMI progressivamente più elevati: ≤ 25 kg/m<sup>2</sup>

## TABELLA II.

**Associazione fra i parametri demografici, clinici e socioeconomici e l'evoluzione COVID-19 nella popolazione studiata. I dati sono espressi in frequenze (%). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato per trend lineare.**

Pazienti COVID-19 N = 653 (%)	Domicilio N = 552 (84,5)	Ospedale N = 71 (10,9)	ICU - Morte N = 30 (4,6)	p =
Genere maschile: N = 305 (46,7)	253 (45,8)	36 (50,7)	16 (53,3)	0,287
Età paziente > 65 anni: N = 193 (29,6)	132 (23,9)	36 (50,7)	25 (83,3)	< 0,001
Etnia non caucasica: N = 17 (2,6)	14 (2,5)	3 (4,2)	0 (0,0)	0,841
BMI > 25 kg/m <sup>2</sup> : N = 310 (47,5)	251 (45,5)	40 (56,3)	19 (63,3)	0,014
Storia di fumo: N = 136 (20,8)	115 (20,8)	11 (15,5)	10 (33,3)	0,476
Patologia CVS*: N = 100 (15,3)	65 (11,8)	18 (25,4)	17 (56,7)	< 0,001
Iperensione arteriosa: N = 202 (30,9)	142 (25,7)	36 (50,7)	24 (80,0)	< 0,001
Diabete mellito: N = 54 (8,3)	34 (6,2)	11 (15,5)	9 (30,0)	< 0,001
Patologia respiratoria**: N = 88 (13,5)	76 (13,8)	11 (15,5)	1 (3,3)	0,288
BPCO: N = 15 (2,3)	8 (1,4)	3 (4,2)	4 (13,3)	< 0,001
Neoplasia: N = 63 (9,6)	45 (8,2)	14 (19,7)	4 (13,3)	0,014
Malattia reumatica: N = 38 (5,8)	29 (5,3)	8 (11,3)	1 (3,3)	0,429
Malattia renale cronica: N = 25 (3,8)	14 (2,5)	6 (8,5)	5 (16,7)	< 0,001
Epatopatia cronica: N = 23 (3,5)	17 (3,1)	5 (7,0)	1 (3,3)	0,313
Malattia neurologica: N = 59 (9,0)	48 (8,7)	7 (9,9)	4 (13,3)	0,390
Malattia psichiatrica: N = 63 (9,6)	52 (9,4)	9 (12,7)	2 (6,7)	0,924
Demenza: N = 34 (5,2)	15 (2,7)	10 (14,1)	9 (30,0)	< 0,001
ADL < 6: N = 33 (5,1)	12 (2,2)	7 (9,9)	14 (46,7)	< 0,001
Risorse economiche -: N = 82 (12,6)	60 (10,9)	15 (21,1)	7 (23,3)	0,003
Risorse ambientali -: N = 96 (14,7)	72 (13,0)	15 (21,1)	9 (30,0)	0,003
Struttura +: 7 (1,1)	1 (0,2)	1 (1,4)	5 (16,7)	< 0,001

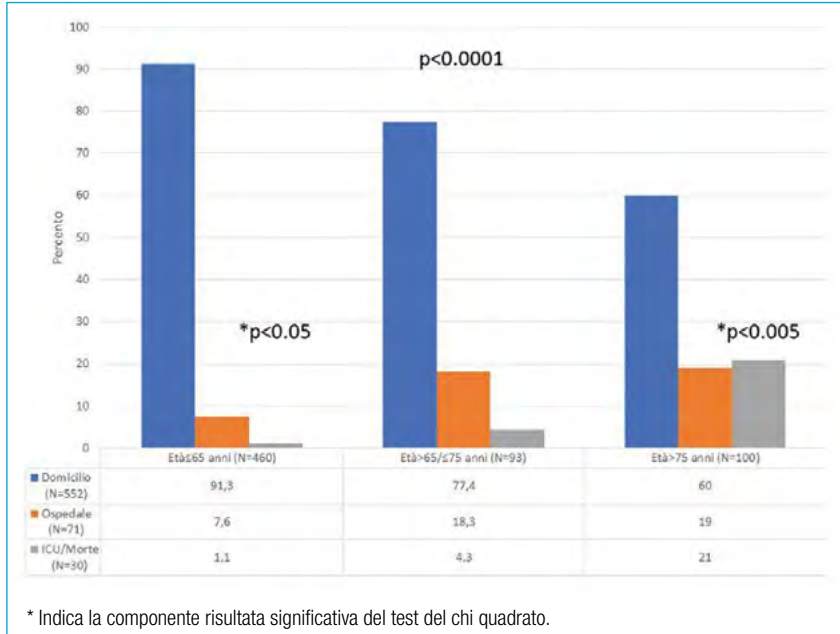
ICU: terapia intensiva; BMI: indice di massa corporea; CVS: cardiovascolare; BPCO: bronchite cronica ostruttiva; ADL: attività della vita quotidiana.

\* No ipertensione. \*\* No BPCO.



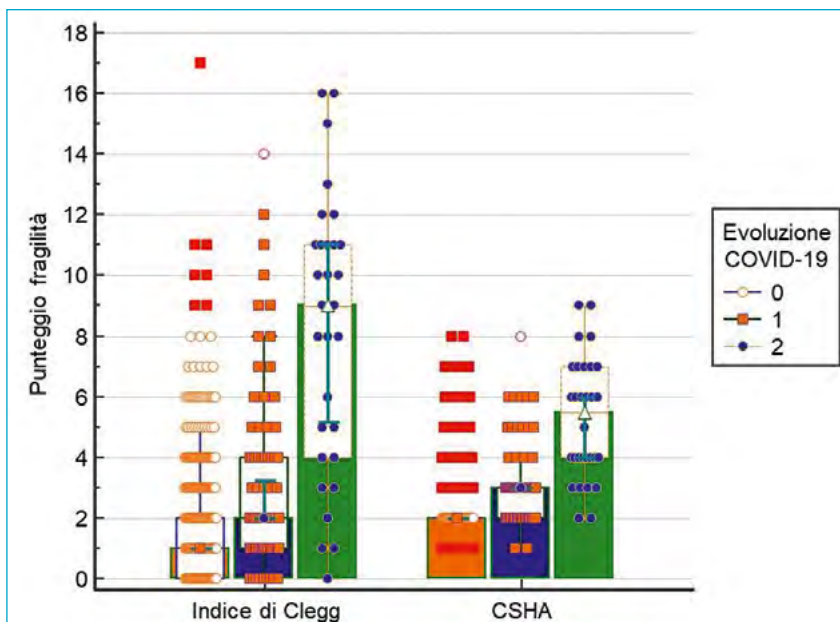
**FIGURA 1.**

Associazione fra l'età dei pazienti ( $\leq 65$  anni,  $> 65/\leq 75$  anni,  $> 75$  anni) e l'evoluzione della malattia COVID-19 (decorso a domicilio, ricovero in ospedale esclusa la terapia intensiva, ricovero in terapia intensiva o decesso). L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test del chi quadrato.



**FIGURA 2.**

Risultati dell'indice di fragilità Clegg e CSHA in relazione alla evoluzione della malattia COVID-19. 0 = decorso a domicilio, 1 = ricovero in ospedale esclusa la terapia intensiva, 2 = ricovero in terapia intensiva o decesso del paziente. L'analisi statistica è stata effettuata tramite il test di Kruskal-Wallis (ANOVA non parametrica). Indice di Clegg:  $p < 0,0001$ ; 0 vs 1  $p < 0,05$ , 0 vs 2  $p < 0,05$ , 1 vs 2  $p < 0,05$ ; trend test  $p < 0,0001$ . CSHA:  $p < 0,0001$ ; 0 vs 1  $p < 0,05$ , 0 vs 2  $p < 0,05$ , 1 vs 2  $p < 0,05$ ; trend test  $p < 0,0001$ .



42/343 (12,2%),  $> 25/\leq 30$  kg/m<sup>2</sup> 38/218 (17,4%),  $> 30$  kg/m<sup>2</sup> 21/92 (22,8%) ( $p = 0,007$  per trend lineare). Nella Figura 2 sono riportati i valori degli indici di fragilità Clegg e CSHA nella popolazione in esame. La regressione multinomiale per step è stata eseguita allo scopo di identificare le variabili associate in modo indipendente all'ospedalizzazione esclusa la terapia intensiva (N = 71), e al ricovero in ICU o decesso (N = 30), rispetto alla permanenza a domicilio (N = 552). Nell'analisi sono state inserite tutte le variabili demografiche, socio ambientali, cliniche e gli indici di fragilità inclusi in questo studio. CSHA  $> 3$  è risultato il parametro più fortemente associato a una evoluzione peggiore ( $p < 0,001$ ), seguito dalla presenza di ipertensione arteriosa ( $p < 0,001$ ), di ADL  $< 6$  ( $p = 0,020$ ) e da un indice di Clegg  $> 3$  ( $p = 0,064$ ).

#### Indici di fragilità ed evoluzione clinica di COVID-19

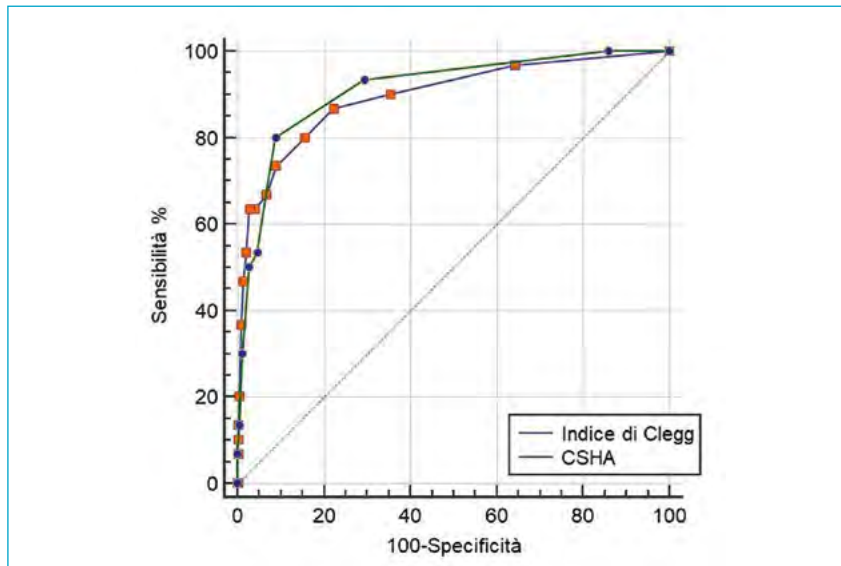
Tramite le curve ROC Clegg e CSHA si sono dimostrati in grado di discriminare molto bene i pazienti con evoluzione particolarmente grave (ICU o decesso) da tutti gli altri (domicilio o ospedale non ICU) (Fig. 3). La capacità di discriminare l'ospedalizzazione/decesso (N = 101) dalla permanenza a domicilio (N = 552) è risultata leggermente inferiore: indice di Clegg AUC = 0,767, SE = 0,027, 95% IC = 0,732-0,798; CSHA AUC = 0,792, SE = 0,024, 95% IC = 0,759-0,822.

#### Evoluzione COVID-19 nei pazienti a domicilio

I pazienti appartenenti alla seconda e terza ondata rimasti a domicilio (N = 479) sono stati classificati in base al quadro clinico come lievi/paucisintomatici (N = 337, 70,4%) o severi (N = 142, 29,6%). Sia l'indice di Clegg ( $p < 0,0001$ ) che il CSHA ( $p < 0,0001$ ) sono risultati statisticamente più elevati nei pazienti severi a domicilio rispetto ai paucisintomatici. La regressione logistica per step ha evidenziato come un valore dell'indice di Clegg  $> 3$  fosse il fattore indipendente più significativo nell'identificare i pazienti severi a domicilio ( $p < 0,001$ ). Tuttavia, la presenza di ipertensione arteriosa ( $p < 0,001$ ),

**FIGURA 3.**

Curve ROC dell'indice di Clegg e di CSHA nel discriminare i pazienti COVID-19 con evoluzione particolarmente grave (N = 30, ricovero in terapia intensiva o decesso) da tutti gli altri con evoluzione non grave (N = 623, ricovero esclusa la terapia intensiva o decorso a domicilio). Indice di Clegg: AUC = 0,895, SE = 0,035, 95% IC = 0,869-0,918. CSHA: AUC = 0,912, SE = 0,027, 95% IC = 0,887-0,932.



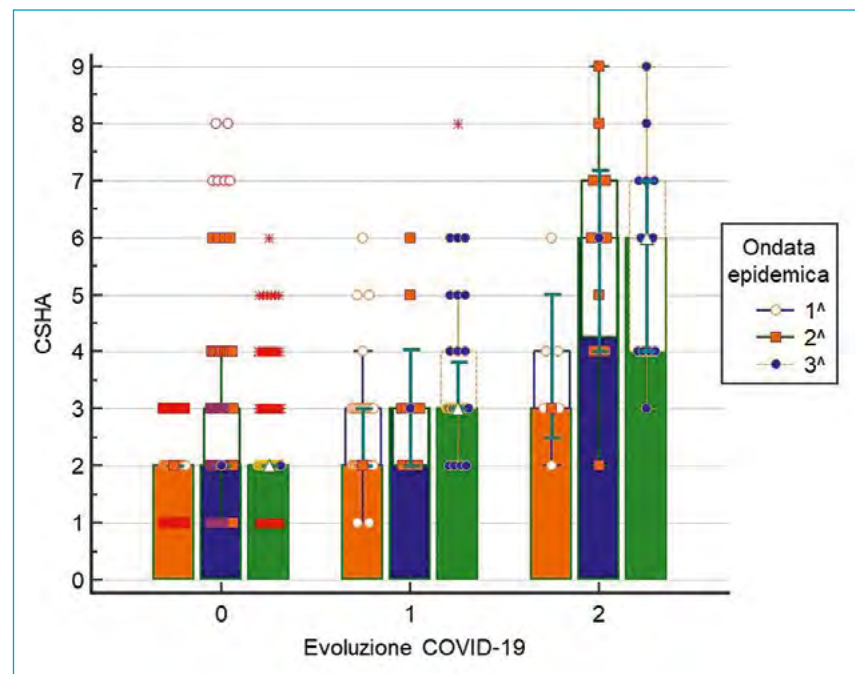
di malattia psichiatrica ( $p < 0,001$ ), di nefropatia cronica ( $p < 0,001$ ), di malattia reumatica ( $p = 0,006$ ) o variabili cliniche quali BMI  $> 25 \text{ kg/m}^2$  ( $p = 0,003$ ) o disabilità ( $p = 0,012$ ) si sono pure associate in modo indipendente all'evoluzione a domicilio.

#### Differenze fra le tre ondate epidemiche di COVID-19

La percentuale di pazienti ricoverati in ospedale (no ICU o decesso) è risultata significativamente superiore nella prima ondata rispetto alle altre due ondate: 1<sup>a</sup> 31/111 (27,9%) vs 2<sup>a</sup> 10/232 (4,3%) vs 3<sup>a</sup> 30/310 (9,7%)  $p < 0,001$ . Nella Figura 4 è illustrata l'analisi della varianza a due vie dei punteggi di CSHA: 1<sup>a</sup> via evoluzione COVID-19 (domicilio, ospedalizzazione, ICU/decesso), 2<sup>a</sup> via (prima, seconda, terza ondata epidemica). In generale una evoluzione più grave di COVID-19 si accompagnava a punteggi più elevati di fragilità; tuttavia, i pazienti della prima ondata presentavano punteggi di fragilità, a parità di evoluzione, significativamente inferiori rispetto a quelli

**FIGURA 4.**

Risultati di CSHA in relazione alla evoluzione della malattia COVID-19 e l'appartenenza alla 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> ondata epidemica. L'analisi statistica è stata effettuata tramite l'analisi della varianza a due vie. 0: evoluzione a domicilio, 1: ricovero in ospedale esclusa terapia intensiva, 2: ricovero in terapia intensiva o decesso. Evoluzione COVID-19  $p < 0,001$ , 0 vs 1  $p < 0,001$ , 0 vs 2  $p < 0,001$ , 1 vs 2  $p < 0,001$ . Ondata epidemica  $p < 0,001$ , 1<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>  $p < 0,001$ , 1<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>  $p < 0,001$ , 2<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>  $p = 1,000$ . Interazione  $p < 0,001$ .



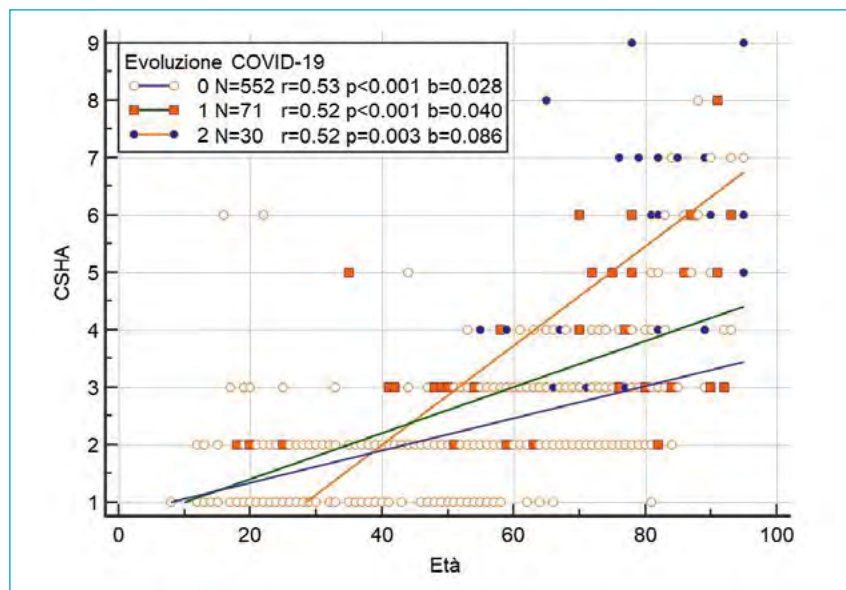
propri dei pazienti della seconda e terza ondata. Inoltre, questa evenienza era più evidente nei pazienti con evoluzione più grave. L'indice di fragilità di Clegg ha fornito risultati simili.

#### Età e fragilità

Si è osservata una associazione fortemente significativa tra l'età dei pazienti e i valori di CSHA. In particolare, stratificando la correlazione separatamente nei pazienti a domicilio, negli ospedalizzati e infine nei ricoverati in ICU o deceduti si sono ottenute tre rette di regressione lineare con coefficiente angolare incrementante in modo significativo dalla retta del primo gruppo a quella del terzo gruppo. In sostanza, a parità di età si osservava una associazione con valori crescenti di fragilità partendo dai pazienti a domicilio, arrivando agli ospedalizzati (no ICU) e infine ai ricoverati in ICU o deceduti (Fig. 5). Clegg ha fornito risultati simili.

**FIGURA 5.**

Correlazione fra l'età dei pazienti e i valori di CSHA:  $N = 653$ ,  $r = 0,58$ ,  $p < 0,0001$ . L'analisi è stata inoltre effettuata suddividendo i pazienti nei tre gruppi: 0 = a domicilio, 1 = ricoverati in ospedale (no ICU), 2 ICU/decesso. Analisi della varianza dei coefficienti angolari:  $p < 0,0001$ .



**Discussione**

In questo lavoro si è confermato come la maggioranza dei pazienti COVID-19 sia stata gestita a domicilio. Per quanto riguarda i pazienti con evoluzione più severa si è osservata una maggiore frequenza di soggetti con età e BMI progressivamente più elevati e con patologie quali ipertensione arteriosa, patologie cardiovascolari, diabete mellito e broncopneumopatia cronica ostruttiva. Inoltre, in questo studio si può vedere come risorse economiche scarse e poco supporto familiare correlino con una peggiore evoluzione di COVID-19. I nostri dati in effetti si accordano molto bene con quanto riportato recentemente in uno studio condotto in Messico: condizioni di sovraffollamento, di povertà e di scarso accesso ai servizi sanitari si sono dimostrati fattori predittivi di evoluzione sfavorevole della malattia COVID-19<sup>10</sup>. Scopo centrale di questo lavoro è stato quello di valutare il ruolo della fragilità nell'influenzare la prognosi di COVID-19. Diversi studi pongono infatti la fragilità come elemento fondamentale che correla con la diversa gravità di evoluzione della malattia<sup>4,8,9</sup> e pongono l'interrogativo su

quali possano essere gli indici migliori per misurarla e poter così predire l'outcome della patologia. Si è osservata una forte relazione tra il grado di fragilità dei soggetti e la diversa evoluzione di malattia. Clegg possiede una lieve migliore performance nel discriminare evoluzioni meno gravi di malattia mentre un valore di CSHA > 3 si è fortemente associato alle evoluzioni più severe. CSHA, pur nella sua apparente semplicità, si è dimostrato in numerosi lavori un indice molto potente, in particolare per predire la mortalità intraospedaliera dei pazienti affetti da COVID-19 e con età maggiore di 65 anni<sup>11</sup>. Questi risultati concernenti la Medicina Generale sembrerebbero suggerire un uso sistematico di CSHA nella valutazione del paziente con COVID-19 e più in generale nella pratica clinica relativa in particolare alle persone più anziane. Tuttavia, rimane un quesito ancora non risolto: è la fragilità un fattore da considerare indipendente rispetto all'età e alle co-morbidità o è strettamente intersecato con esse e pertanto non valutabile separatamente? In effetti in letteratura si è dimostrato come la fragilità si associ in modo indipendente, nei pazienti

affetti da COVID-19, all'età e alla presenza di BPCO<sup>12</sup>. D'altra parte, è anche vero che "anziano" non vuol dire necessariamente "fragile" e "fragile" non è necessariamente sinonimo di "anziano". I dati di questo studio confermerebbero questa ultima ipotesi: a parità di età una maggiore fragilità condiziona una prognosi di COVID-19 peggiore. In ogni caso la misurazione della fragilità si sta dimostrando sempre più importante nei percorsi diagnostico-terapeutici sia in ambito ospedaliero che, ancor di più nella medicina territoriale. Un aspetto nuovo di questo studio è quello relativo alla stratificazione effettuata della malattia COVID-19 nei pazienti gestiti a domicilio. Gli elementi che si sono associati in maniera significativa a un'evoluzione più grave a domicilio sono analoghi a quelli predittivi di ospedalizzazione, ICU o decesso. Sia l'indice di Clegg che il CSHA sono risultati statisticamente più elevati nei pazienti severi a domicilio rispetto ai paucisintomatici. In particolare, l'indice di Clegg è stato selezionato per primo come fattore predittivo indipendente. Per quanto riguarda il confronto tra le tre ondate, si appalesa la maggior percentuale di pazienti ospedalizzati riscontrata nel corso della prima ondata. In particolare, durante la terza ondata epidemica, il ricovero in ospedale o una evoluzione grave e/o sfavorevole si sono associate a una fragilità nettamente superiore rispetto a quella riscontrata durante le prime due ondate. Commentare questo dato non è facile. Si può ipotizzare un diverso potere patogenetico del virus, più alto nelle fasi iniziali della pandemia. Tuttavia, questo dato potrebbe anche essere spiegato dalle conoscenze scarse o nulle sul nuovo virus con conseguente inesperienza nella gestione della malattia nelle fasi iniziali della epidemia. Ciò avrebbe comportato un facile ricorso al ricovero ospedaliero e un decorso grave anche in persone non particolarmente fragili. In conclusione, la fragilità, in particolare misurata dall'indice CSHA, rappresenta il più importante fattore predittivo indipendente di evoluzione COVID-19 nel set della Medicina Generale.

**Bibliografia**

- 1 Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395:1054-62.
- 2 Ciceri F, Castagna A, Rovere-Querini P, et al. Early predictors of clinical outcomes of COVID-19 outbreak in Milan, Italy. *Clin Immunol* 2020;217:1-8.
- 3 Katzenschlager S, Zimmer AJ, Gottschalk C et al. Can we predict the severe course of COVID-19 - a systematic review and meta-analysis of indicators of clinical outcome? *PLoS ONE* 2021;16:1-19.
- 4 Saragih ID, Advani S, Saragih IS, et al. Frailty as a mortality predictor in older adults with COVID-19: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Geriatric Nursing* 2021;42:983-92.
- 5 Clegg A, Bates C, Young J, et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age Ageing* 2016;45:353-60.
- 6 Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-95.
- 7 Charlson M, Pompei P, Ales K, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
- 8 Blomaard LC, van der Linden CMJ, van der Bol JM, et al. Frailty is associated with in-hospital mortality in older hospitalised COVID-19 patients in the Netherlands: the COVID-OLD study. *Age Ageing* 2021;50:631-40.
- 9 Yang Y, Luo K, Jiang Y, et al. The impact of frailty on COVID-19 outcomes: a systematic review and meta-analysis of 16 cohort studies. *J Nutr Health Aging* 2021;25:702-9.
- 10 Ríos V, Denova-Gutiérrez E, Barquera S, et al. Association between living in municipalities with high crowding conditions and poverty and mortality from COVID-19 in Mexico. *PLoS ONE* 2022;17:1-15.
- 11 Jachymek M, Cader A, Ptak M, et al. The Value of Clinical Frailty Scale (CFS) as a Prognostic Tool in Predicting Mortality in COVID-19—A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 1-15.
- 12 McGovern J, Al-Azzawi Y, Kemp O, et al. The relationship between frailty, nutritional status, co-morbidity, CT-body composition and systemic inflammation in patients with COVID-19. *J Translational Med* 2022;20:1-8.

# Terapia antibiotica: breve durata vs lunga durata

Maria Libera Basci<sup>1</sup>, Pietro Tasegian<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SIMG Chieti; <sup>2</sup> SIMG Perugia

## Il caso

Negli ultimi anni, a causa di un costante incremento e diffusione dell'antibiotico-resistenza sia a livello ospedaliero che comunitario (territoriale), ci si è sempre più spesso posti quesiti circa la durata della terapia antibiotica, nello specifico se una terapia antibiotica di breve durata fosse altrettanto efficace di una a lunga durata<sup>1</sup>. Nonostante le maggiori linee guida internazionali ancora prediligano un approccio di lunga durata, non sono pochi gli studi che dimostrano come "shorter is better"<sup>2,3</sup>, in quanto ridurrebbe i costi, la probabilità di eventi avversi e non ultimo l'incremento dell'antibiotico-resistenza.

Tale problematica è quanto mai d'attualità nella pratica quotidiana dei nostri ambulatori.

La sig.ra Lucia, 57 anni, affetta da ipotiroidismo e ipertensione in trattamento rispettivamente con levotiroxina 75 mcg 1 cp al giorno e olmesartan/amlodipina 20/5 mg 1 cp al giorno, fumatrice, lavora come dirigente di una azienda agro-alimentare. Fissa un appuntamento per una visita per l'insorgenza di astenia e tosse produttiva con escreato giallastro da circa 3 giorni, febbre prevalentemente serotina con sudorazione notturna.

Dati i sintomi, Le chiediamo se abbia avuto contatti con casi sospetti di COVID-19, ma nega casi certi o sospetti sia in famiglia che in azienda. La invitiamo a visita medica ambulatoriale, effettuando un tampone antigenico per SARS-CoV-2 prima dell'ingresso in studio, con esito negativo. All'esame obiettivo rileviamo i seguenti parametri: temperatura (TC) 38,6°C, pressione arteriosa (PA) 120/70 mmHg, frequenza cardiaca (FC) 100 bpm, SpO<sub>2</sub> 94% in aria ambiente (costante durante 6'-WT e durante salita/discesa gradini), frequenza respiratoria (FR) 25 atti/min, all'esame obiettivo del torace rantoli crepitanti a carico della base polmonare sinistra con riduzione MV al campo medio-basale omolaterale, ipofonesi e ottusità plessica basale sinistra, non dispnea, non dolore toracico, non edemi declivi.

In considerazione del quadro clinico, abbiamo diversi elementi suggestivi per la diagnosi di CAP (polmonite acquisita in comunità) a bassa severità:

- insorgenza acuta (3 giorni);
- sintomatologia:
  - segni focali toracici: tosse produttiva con escreato giallastro, rantoli crepitanti base sx con riduzione MV al campo medio-basale omolaterale, ipofonesi e ottusità plessica basale sx;
  - segni di malattia sistemica: febbre (38,6°C), aumento FC (100 bpm) e FR (25 arm), sudorazione;
- score prognostici: DS-CRB-65 pari a 0;
- fattori di rischio: tabagismo.

Pertanto, scegliamo di trattare immediatamente la nostra paziente, in base alle evidenze più recenti<sup>4,5</sup> con una beta-lattamina protetta, amoxicillina/clavulanato 875/125 mg 1 cp ogni 8 h ma ci poniamo il problema della durata complessiva della terapia.

È necessario arrivare almeno al 7° giorno o possiamo fermarci al 5° giorno dopo aver rivalutato la paziente a 3 giorni dall'inizio della terapia?

Pubblicazioni più recenti ci dicono che i cicli più brevi di terapia antibiotica, in particolare "su misura" per ciascun paziente (approccio "bespoke") in base alla sintomatologia e all'evoluzione di essa, sono efficaci quanto i cicli più lunghi, con l'ulteriore vantaggio di ridurre l'esposizione dei pazienti agli antibiotici<sup>1-6</sup>. Ma quando ricorrere in sicurezza a una terapia breve? E per breve cosa si intende?

## Conflitto di interessi

Pietro Tasegian dichiara di aver ricevuto finanziamenti e di avere in atto contratti o altre forme di finanziamento con GSK.

**How to cite this article:** Basci ML, Tasegian P. Terapia antibiotica: breve durata vs lunga durata. Rivista SIMG 2022;29(4):29-33.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Nella pratica clinica quotidiana tendiamo a selezionare durate fisse di terapia pur sapendo che probabilmente stiamo trattando in modo eccessivo alcuni dei pazienti in quanto non siamo sempre in grado di distinguere le esigenze di trattamento individuali e vogliamo essere sicuri che la durata scelta curerà al massimo tutti coloro che trattiamo.

Purtroppo, il ricorso alle linee guida in questo ci aiuta limitatamente, anche se tutte concordano nell'importanza di rivalutare sempre i pazienti tra il 2° e il 3° giorno di terapia. Decidiamo pertanto di sottoporre la questione a un collega medico di famiglia

più anziano e a qualche specialista esperto in trattamenti antibiotici.

### Bibliografia

- 1 Ebell MH. Short Courses of Antibiotics as Effective as Longer Courses for Outpatient Infections. *Am Fam Physician* 2018;98:56.
- 2 Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I, et al. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. *Fam Pract* 2017;34:511-9.
- 3 Wald-Dickler N, Spellberg B. Short-course antibiotic therapy – replacing constantine units with “shorter is better”. *Clin Infect Dis* 2019;69:1476-9.
- 4 Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* 2019;200:e45-67.
- 5 Lapi F, Marconi E, Pecchioli S, et al. Reduced effectiveness among  $\beta$ -lactam antibiotics: a population-based cohort study in primary care in Italy. *J Antimicrob Chemother* 2021;76:2186-94.
- 6 Hughes S, Kamranpour P, Gibani MM, et al. Short-course Antibiotic Therapy: A Bespoke Approach Is Required. *Clin Infect Dis* 2020;70:1793-4.

## Infettivologo

### Marco Borderi

Dirigente Medico, U.O. Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna IRCCS Policlinico S. Orsola-Malpighi

**Qual è il management (scelta terapia, rivalutazione, follow-up post trattamento) più appropriato per un adulto con CAP non grave, trattato ambulatorialmente, in assenza o con scarse comorbilità?**

La non sovrapposibilità assoluta tra le diverse linee guida e raccomandazioni reperibili in letteratura relativamente al management ottimale di una CAP sono necessariamente da interpretare alla luce di importanti fattori di distinguo quali, ad esempio, la diversa epidemiologia geografica dei principali agenti microbici responsabili delle stesse o il diverso pattern di resistenze documentato nelle diverse aree.

Nel caso in esame (essenzialmente un soggetto gestibile a domicilio senza comorbidità o fattori di rischio per *Pseudomonas aeruginosa*/CA-MRSA) la scelta del posizionamento empirico-ragionato di primo impiego di amoxiclavulanato in un setting ove la resistenza a *Streptococcus pneumoniae* è stimata del 25-50% è certamente da giudicare condivisibile, relegando l'utilizzo della levofloxacina ai soggetti allergici ai betalattamici.

Anche la posologia utilizzata è quella corretta (ricordiamoci di utilizzare 500 mg ogni 8 ore in caso di una CICr < 50 mL/min).

Ai fini del follow-up ottimale, l'accuratezza e completezza della visita iniziale assume un'importanza cruciale, in quanto il momento in cui rivalutare il paziente deve essere stabilito al momento della prima visita in relazione all'entità del quadro clinico di presentazione, al tempo trascorso tra l'esordio dei primi segni/sintomi e il momento stesso della visita, e all'andamento degli stessi nei giorni precedenti l'osservazione.

Fatta questa debita ma necessaria precisazione, possiamo affermare che, poiché l'efficacia di un trattamento antibiotico è difficilmente giudicabile prima del terzo giorno di somministrazione, si ritiene generalmente questo il tempo ottimale per la necessaria rivalutazione clinica.

Ovviamente tale rivalutazione è da anticipare in caso di peggioramento clinico o di comparsa di complicanze o effetti collaterali della terapia. Ne consegue che la durata ottimale del trattamento antibiotico deve obbligatoriamente conseguire (più che a quanto suggerito dalle linee guida), alle risultanze dell'approfondita visita clinica di follow-up del paziente.

In caso di una risposta clinica positiva e della contezza di un trend favorevole al momento della visita, nel caso del soggetto in esame, e nell'ottica di un moderno approccio clinico cost-effectiveness, la terapia antibiotica potrà essere ragionevolmente interrotta dopo 5 giorni dal suo posizionamento.

## Farmacologo clinico

### Gianluca Trifirò, Salvatore Crisafulli

Università di Verona

**L'affermazione “tradizionale” che l'interruzione precoce del trattamento antibiotico promuove la resistenza agli antibiotici è corretta?**

A oggi non esistono evidenze a supporto della teoria che l'interruzione precoce del trattamento con antibiotici promuova sistematicamente la resistenza a questi farmaci. Al contrario, cicli di trattamento protratti oltre la risoluzione dei sintomi potrebbero favorire l'emergere, la moltiplicazione e la diffusione di ceppi resistenti alla suddetta terapia<sup>1</sup>. Per diverse indicazioni, e soprattutto per la CAP, numerosi studi hanno dimostrato che strategie di trattamento brevi (almeno due giorni in meno rispetto a trattamenti di durata standard) hanno esiti clinici equivalenti a cicli più lunghi e inoltre sono associati a tassi più bassi di resistenza agli antibiotici<sup>2-6</sup>. Per quanto riguarda l'utilizzo di beta-lattamici, un recente trial clinico randomizzato controllato in doppio cieco, condotto su pazienti adulti ospedalizzati per CAP di grado moderato-severo e non immunocompromessi, ha dimostrato che l'interruzione del trattamento con amoxicillina/clavulanato per via orale o endovenosa o con una cefalosporina di terza generazione per via parenterale dopo 3 giorni è risultata

non inferiore al trattamento con lo stesso farmaco per una durata di 8 giorni <sup>7</sup>.

In un altro trial clinico randomizzato in doppio cieco, condotto su pazienti adulti ospedalizzati per CAP di grado moderato-severo, un ciclo più breve e a dosaggio più alto con levofloxacina (750 mg/die per via orale o endovenosa per 5 giorni) è risultato non inferiore a un ciclo di 10 giorni con lo stesso farmaco a un dosaggio inferiore (500 mg) <sup>8</sup>. In generale, però, per il trattamento della CAP non è possibile definire una durata prestabilita per il trattamento antibiotico che sia adatta per tutti i pazienti.

Le stesse linee guida attuali sulla gestione della CAP raccomandano che la durata del trattamento antibiotico venga stabilita in base alle condizioni cliniche del paziente (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno e temperatura corporea), che sia protratta fino a che queste non si siano stabilizzate e per un periodo non inferiore ai 5 giorni <sup>9</sup>.

Cicli più brevi di trattamento antibiotico potrebbero essere appropriati in pazienti con un quadro clinico più stabile e con un'infezione di entità lieve o moderata, in cui si osserva una migliore risposta al trattamento dopo 3-5 giorni <sup>10</sup>. Quindi, sebbene in generale le evidenze suggeriscano che cicli brevi di trattamento siano da preferire a cicli prolungati, la terapia antibiotica dovrebbe essere il più possibile "personalizzata", tenendo in considerazione l'agente microbico da eradicare, la gravità dell'infezione, il farmaco e la posologia da utilizzare e le condizioni cliniche del paziente. È inoltre fondamentale coinvolgere attivamente i pazienti lungo tutto il processo di cura, per garantire l'aderenza alla terapia prescritta e promuovere un uso corretto di questi farmaci.

## Bibliografia

- 1 Spellberg B. The New Antibiotic Mantra—"Shorter Is Better". JAMA Intern Med 2016;176:1254-5.
- 2 Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I, et al. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: a review of systematic reviews. Fam Pract. 2017;34:511-9.
- 3 Chastre J, Wolff M, Fagon J, et al. Comparison of 8 vs 15 Days of Antibiotic Therapy for Ventilator-Associated Pneumonia in Adults: A

Randomized Trial. JAMA 2003;290:2588-98.

- 4 Singh N, Rogers P, Atwood CW, et al. Short-course empiric antibiotic therapy for patients with pulmonary infiltrates in the intensive care unit. A proposed solution for indiscriminate antibiotic prescription. Am J Respir Crit Care Med 2000;162:505-11.
- 5 Dunbar LM, Wunderink RG, Habib MP, et al. High-dose, short-course levofloxacin for community-acquired pneumonia: a new treatment paradigm. Clin Infect Dis 2003;37:1147.
- 6 Guillemot D, Carbon C, Balkau B, et al. Low dosage and long treatment duration of  $\beta$ -lactam: risk factors for carriage of penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. JAMA 1998;279:365-70.
- 7 Dinh A, Ropers J, Duran C, Davido B, et al; Pneumonia Short Treatment (PTC) Study Group. Discontinuing  $\beta$ -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. Lancet 2021;397:2150.
- 8 Dunbar LM, Wunderink RG, Habib MP, et al. High-dose, short-course levofloxacin for community-acquired pneumonia: a new treatment paradigm. Clin Infect Dis 2003;37:1147.
- 9 Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med 2019;200:e45-67.
- 10 Hughes S, Kamranpour P, Gibani MM, et al. Short-course Antibiotic Therapy: A Bespoke Approach Is Required. Clin Infect Dis 2020;70:1793-4.

## Internista

### Dario Manfellotto

Dipartimento di Medicina interna, Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina, Roma

**È vantaggioso e clinicamente corretto ricorrere alla short-therapy, o a un approccio bespoke, in altri tipi di infezioni batteriche (vie urinarie, tessuti molli, oiti, ecc.)?**

Quanto è stato ipotizzato per il trattamento della polmonite della signora Lucia, con una possibile riduzione della durata della terapia antibiotica, appare senz'altro ragionevole, alla luce delle più recenti evidenze.

Vi è ormai la convinzione comune che la terapia antibiotica debba essere basata

sull'antibiotico corretto, alla dose corretta, per un tempo corretto, in rapporto alla condizione clinica da trattare.

La terapia antibiotica dovrebbe essere di "breve durata (short-course)" e peraltro adattata al singolo paziente, in pratica "su misura (bespoke)", tenendo conto delle condizioni cliniche all'inizio del trattamento e soprattutto dell'evoluzione e delle variazioni del quadro sintomatologico.

Nonostante vi siano evidenze e linee guida che supportano una durata più breve della terapia antibiotica, molti medici non prescrivono di regola una terapia short-course, ma in media di 7-10 giorni, a prescindere dalla condizione clinica.

Varie sono le ragioni di questo atteggiamento clinico. La principale è l'idea che la durata più lunga possa prevenire la resistenza antibiotica, anche se non vi sono evidenze che dimostrano che la prosecuzione degli antibiotici dopo la scomparsa dei sintomi riduca effettivamente la possibilità della resistenza. Peraltro, l'uso degli antibiotici, anche se prescritto con modalità corrette, ha effetti collaterali nel 20% dei pazienti, che comprendono reazioni allergiche, diarrea, comparsa o insorgenza di infezioni da batteri resistenti. È stato anche stimato un aumento del rischio di effetti collaterali del 5% per ogni giorno di ulteriore terapia antibiotica non necessaria.

Da questi studi è nata l'affermazione "shorter is better" e quindi che una terapia antibiotica di più breve durata sia sicuramente raccomandabile <sup>1</sup>.

La cosiddetta *stewardship* antibiotica è di fondamentale importanza ed è dedicata proprio al controllo delle prescrizioni inappropriate e degli effetti collaterali. In un documento appena pubblicato dalla "Task Force sulla resistenza antimicrobica", composta da un panel di esperti di varie Società scientifiche, Organizzazioni e Istituzioni, abbiamo affermato che l'appropriatezza d'uso è considerata uno dei principali strumenti per contrastare la selezione e la diffusione di microrganismi resistenti nella comunità e nelle strutture sanitarie e, di conseguenza, la trasmissione di infezioni da batteri resistenti <sup>2</sup>.

Negli ultimi anni numerosi studi controllati randomizzati hanno confrontato l'effica-

cia della terapia di breve durata verso la tradizionale terapia per il trattamento non soltanto delle polmoniti comunitarie o nosocomiali, ma anche per le riacutizzazioni di bronchite cronica, e inoltre per bronchiti acute non complicate, sinusiti, otiti, infezioni intraddominali e urinarie, batteriemie da Gram-negativi, infezioni batteriche cutanee, osteomieliti, artriti settiche e perfino nella neutropenia febbrile.

Tutti questi studi non hanno mostrato differenze nell'efficacia tra una terapia più breve e una terapia di durata tradizionale, più lunga. Nei pazienti che avevano ricevuto una terapia antibiotica di durata più lunga non vi era un aumento della sopravvivenza né un ridotto tasso di nuovi ricoveri, né una riduzione degli accessi al pronto soccorso. Oltre alle polmoniti, è pertanto consigliabile una terapia antibiotica di breve durata anche in queste altre infezioni batteriche. Una serie di raccomandazioni e di consigli di pratica clinica vengono da un documento dell'*American College of Physicians* del 2021<sup>3</sup>.

#### Consiglio di buona pratica 1

I medici dovrebbero limitare la durata del trattamento con gli antibiotici a 5 giorni nella gestione di pazienti con esacerbazioni della BPCO e bronchite acuta non complicata che hanno segni clinici di infezione batterica (presenza di aumento della purulenza dell'espettorato oltre all'aumento della dispnea, e/o aumento del volume dell'espettorato).

#### Consiglio di buona pratica 2

I medici dovrebbero prescrivere antibiotici per la polmonite acquisita in comunità per un minimo di 5 giorni. L'estensione della terapia dopo 5 giorni di antibiotici dovrebbe essere guidata da misure validate di stabilità clinica, che comprendono la risoluzione delle anomalie dei segni vitali, la capacità di mangiare, e un normale stato mentale.

#### Consiglio di buona pratica 3

Nelle donne con cistite batterica non complicata, i medici dovrebbero prescrivere antibiotici a breve termine con nitrofurantoina per 5 giorni, trimetoprim-sulfametossazolo (TMP-SMZ) per 3 giorni, o fosfomicina come dose singola.

Negli uomini e nelle donne con pielonefrite non complicata, i medici dovrebbero prescrivere una terapia di breve durata con fluorochinoloni (da 5 a 7 giorni) o TMP-SMZ (14 giorni) in base alla sensibilità agli antibiotici.

#### Consiglio di buona pratica 4

In pazienti con cellulite non purulenta, i medici dovrebbero usare un ciclo di antibiotici da 5 a 6 giorni attivo contro gli streptococchi, in particolare per i pazienti in grado di auto-monitorarsi e che abbiano uno stretto follow-up con le Cure Primarie<sup>4</sup>. In conclusione, mi sento di sottolineare che la raccomandazione principale è sempre quella di effettuare una accorta valutazione clinica iniziale e successivamente un controllo della evoluzione dei sintomi, proprio allo scopo di garantire al paziente la migliore terapia in rapporto alla sua condizione.

Anche gli "score" e i vari algoritmi e/o punteggi da applicare nelle varie malattie, non devono essere visti come un'arida schematizzazione, ma al contrario come una utile sintesi, che va però interpretata e utilizzata in modo critico e clinicamente orientato, soprattutto di fronte a pazienti complessi e con malattie croniche.

## Bibliografia

- 1 Spellberg B, Rice LB. Duration of Antibiotic Therapy: Shorter Is Better. *Ann Intern Med* 2019;171:210-1.
- 2 Raccomandazioni per una strategia efficace contro la resistenza antimicrobica. Dalla prevenzione vaccinale allo sviluppo e utilizzo dei nuovi antibiotici. Task Force AMR 2022.
- 3 American College of Physicians - 2021.
- 4 Lee RA, Centor RM, Humphrey LL et al for the Scientific Medical Policy Committee of the American College of Physicians Appropriate Use of Short-Course Antibiotics in Common Infections: Best Practice Advice from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2021;174:822-7.

## Riflessioni e conclusioni

### Alessandro Rossi

Responsabile area infettivologica SIMG

Questo caso clinico, sapientemente presentato dai nostri Autori, si presta ad alcune considerazioni conclusive, in buona parte già anticipate dai contributi degli specialisti ospitati nel Forum.

Prima considerazione. La valutazione clinica del paziente affetto da una patologia infettiva acuta delle basse vie respirato-

### Messaggi chiave

1. In considerazione del crescente problema dell'antibiotico-resistenza, i clinici sono tenuti a adottare sia un approccio empirico-ragionato nella scelta del trattamento (come molecola e posologia) sia un approccio *bespoke*, vale a dire su misura per ogni singolo paziente, e per quanto riguarda la durata totale della terapia: tale approccio può garantire con sicurezza clinica una terapia di breve durata.
2. Per ottenere un approccio *bespoke* è di fondamentale importanza prima di tutto la stratificazione del rischio del paziente, grazie a score e a strumenti *bed-side* o *point of care*, e poi la rivalutazione del paziente sottoposto a terapia antibiotica, per verificare l'evoluzione della sintomatologia.
3. Laddove raccomandabile ed eseguibile, una terapia di breve durata potrebbe contribuire non solo a una riduzione del rischio di insorgenza di infezioni antibiotico-resistenti ma anche una riduzione del rischio di effetti collaterali/avversi per il paziente.
4. Le evidenze scientifiche relative a un approccio *bespoke* per una terapia antibiotica di breve durata devono divenire – prima possibile – patrimonio diffuso e comune a tutti gli attori della Medicina Generale, come buona pratica clinica, andando a rinforzare le già consolidate conoscenze per una terapia empirico-ragionata.



rie è il faro che ci deve indirizzare nella nostra attività professionale. Per valutazione clinica intendo l'accurata visita con esame obiettivo della persona ammalata. L'esame obiettivo può oggi agevolmente e sempre meno raramente essere adjuvato da una componente strumentale quale la POCUS ed eventualmente degli esami *point of care* quali l'esecuzione di una PCR al letto del malato, oltre ovviamente all'uso del pulsossimetro. Per valutazione clinica intendo inoltre il follow-up a 48/72 ore delle condizioni del malato stesso, per monitorare strettamente l'evoluzione della malattia e lo stato del paziente.

Seconda considerazione. La valutazione

clinica si avvale inoltre prioritariamente della conoscenza delle condizioni di quel paziente, volte alla stratificazione del rischio per quel singolo individuo. Solo il medico curante può farlo, conoscendone le comorbidità, le pregresse infezioni, le politerapie, la compliance, il quadro assistenziale familiare.

Terza considerazione. Riguarda la durata della terapia antibiotica (dando per scontata l'appropriata scelta dell'antibiotico secondo i criteri di una buona terapia empirica ragionata). Negli ultimi tempi si sono allargate le evidenze nei confronti di uno *short course* e *bespoke* (su misura). Questo però non è ancora diventato patrimonio diffuso della

buona pratica clinica in Medicina Generale, per una svariata serie di motivazioni. Dobbiamo invece al più presto adeguarci a queste evidenze, come suggerito dai nostri consulenti, e ridurre la durata di questo tipo di infezioni a non più di 5/7 giorni di terapia. L'antibiotico-resistenza è un grido di allarme che deve coinvolgere anche le Cure Primarie. Infine, nel ringraziare tutti coloro che hanno contribuito a questo bel Forum, a partire dal responsabile della Rivista dott. Grattagliano, sono convinto che questo modello innovativo di informazione scientifica debba sempre più prendere piede ed essere esportato in altre circostanze e occasioni.

# Cisti, lesione muscolare o corpo estraneo?

## Ruolo dell'ecografia

Giada Zecchi

Medico Medicina Generale, Modena

### Il caso

In data 13 maggio 2022 si presentava in ambulatorio O.E. di anni 25, a seguito di trauma gomito e avambraccio destro da caduta accorso alcune settimane prima per impatto contro il tronco di un albero.

Il paziente presentava una tumefazione, clinicamente palpabile, dolente e fissa sul piano sottostante, a livello del terzo prossimale dell'avambraccio destro, senza alcuna soluzione di continuità della cute o esiti cicatriziali di recenti ferite. La cute non presentava segni di flogosi o suppurazione.

Adduceva inoltre il referto di pronto soccorso, dove si era recato a distanza di 5 giorni dal trauma per il persistere del dolore all'avambraccio e per la comparsa di tumefazione dolente dei tessuti molli.

Durante l'accesso in pronto soccorso aveva eseguito RX di avambraccio e gomito omolaterali, senza evidenza di rime di frattura o corpi estranei radio-opachi, e valutazione specialistica ortopedica, che descriveva la tumefazione, su cui veniva posta diagnosi differenziale fra "cisti tendinea" o più "verosimile ematoma da lacerazione parziale del muscolo bicipite brachiale".

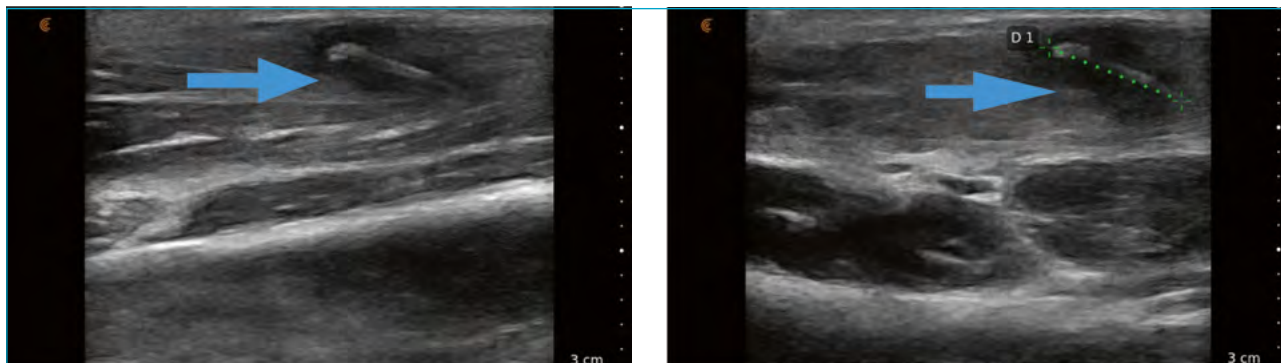
Il paziente veniva pertanto dimesso con indicazione a eseguire ecografia tessuti molli per dirimere la natura della tumefazione.

Si proponeva pertanto al paziente di eseguire l'esame ecografico direttamente in ambulatorio e si procedeva a esecuzione del suddetto esame con sonda lineare a 7,5-10 Mhz di frequenza, settata su "muscolo/scheletrico".

L'esame effettuato evidenziava il seguente reperto (Figg. 1-3).

### FIGURA 1, 2.

Sezione longitudinale.



### Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Zecchi G. Cisti, lesione muscolare o corpo estraneo? Ruolo dell'ecografia. Rivista SIMG 2022;29(4):34-36.

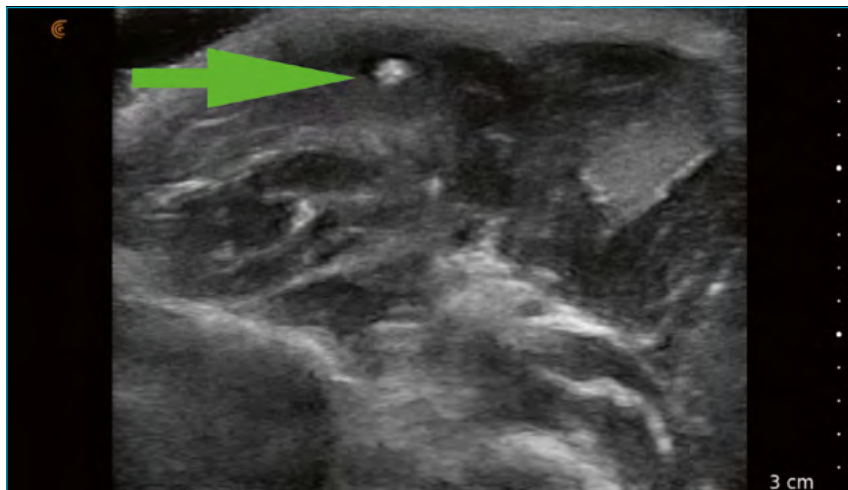
© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

**FIGURA 3.**  
Sezione trasversale.



### Redigo il seguente referto

“In sede medio prossimale dell'avambraccio destro, sul versante radiale, a 2,5 mm dal piano cutaneo, in sede soprafasciale, si apprezza in prossimità del tendine estensore radiale del carpo, formazione iperecogena, di 1,1 cm di lunghezza in sezione trasversa, compatibile con corpo estraneo (verosimilmente scheggia di legno), circondato da tessuto ipoecogeno compatibile con iniziale formazione di granuloma da corpo estraneo”.

E propongo al paziente la rimozione ambulatoriale.

Previa anestesia locale di cute e sottocute con lidocaina al 2%, si eseguiva incisione di cute e sottocute, e a circa 2 mm dal piano cutaneo si evidenzia l'iniziale granuloma da corpo estraneo, che si rimuove e

**FIGURA 4.**



da cui si estrae scheggia di legno di 1 cm (Fig. 4).

Si praticava successivamente sutura del piano sottocutaneo con Vycril riassorbibile e del piano cutaneo con punti staccati Ethicon 4-0. Si prescriveva terapia antibiotica con

amoxicillina + ac. clavulanico per 7 giorni, e FANS.

Dopo 7 giorni, il paziente ritornava in ambulatorio per rimozione punti di sutura. La ferita si presentava in ordine e senza segni di suppurazione o deiscenza, con completa restituito.

### Discussione

- L'esame ecografico, correttamente eseguito, permette di evidenziare, misurare e descrivere i rapporti anatomici di corpi estranei radiotrasparenti, come il legno, che l'RX standard non è in grado di evidenziare.
- La possibilità di eseguire l'ecografia presso l'ambulatorio di Medicina Generale permette di porre diagnosi senza la necessità di prescrivere ulteriori accertamenti, e con adeguata strumentazione e competenze, in questo specifico caso, ha permesso di risolvere il problema del paziente, con l'asportazione del corpo estraneo e la prescrizione di adeguata copertura antibiotica, senza dover inviare il paziente a visita specialistica, allungando notevolmente i tempi di “diagnosi” e “trattamento”.

### Bibliografia

- 1 Callegari L, Bini A, Spanò E, et al. Rimozione eco-guidata di corpi estranei nella mano: necessità, efficacia e sicurezza della metodica. Riv Chir Mano 2010;47:53-4.
- 2 Sans N, Lapeguè F. Ecografia dell'apparato muscolo-scheletrico. Verduci editore 2011.
- 3 Dimarco M, Giambelluca D, Cannella R, et al. Corpi estranei in radiologia: consigli e trucchi. Giornale Italiano di Radiologia Medica 2019;6:547-62.

## Il punto di vista dello Specialista

### Italo Paolini

Responsabile Area Ecografia SIMG

La lettura del case report della dott.ssa Zecchi si presta ad alcune considerazioni:

- l'uso della sonda ecografica "Point of Care UltraSound" a completamento della valutazione anamnestica e clinica ha ormai assunto un ruolo importante e in continua evoluzione nella pratica professionale del medico di medicina generale (MMG). In questo ambito le applicazioni a carico dell'apparato muscolo-scheletrico hanno particolare rilevanza e interesse;
- da un lato la potenzialità diagnostica rapida, da parte del MMG, modifica profondamente i percorsi assisten-

ziali e consente in un certo numero di situazioni (come quella presentata nel caso) la "chiusura del cerchio" che invece porterebbe a successivi accertamenti diagnostici;

- inoltre, e questa è una caratteristica non rara in ambito di apparato MSK, la possibilità, in alcune situazioni, di unire al momento diagnostico il successivo momento terapeutico. Questo può accadere ad esempio nella valutazione e drenaggio ecoguidato di un versamento articolare e borsitico o di un ematoma. Nel caso, ben descritto dalla collega Zecchi, la rimozione del corpo estraneo, causa della sintoma-

tologia e dell'obiettività manifestata dal paziente, è stata possibile grazie alla valutazione diagnostica ecografica rapida e ha unito diagnosi e terapia a opera del MMG evitando ulteriori percorsi diagnostico-terapeutici.

- La valutazione ultrasonografica "Point of Care", ambulatoriale o domiciliare, amplia progressivamente le sue indicazioni e potenzialità nell'ambito della Medicina Generale e determina la necessità di sistematizzare le applicazioni possibili e le modificazioni conseguenti dei percorsi assistenziali.

# Uno strano mal di gola

## Francesco Conforti

Medicina Generale & Diagnostica Ecografica - AUSL Toscana Centro, Coordinatore clinico della Casa della Salute S. Andrea, Empoli (FI)

### Il caso

Annamaria, una gioviale ex-infermiera di 57 anni, si presenta in ambulatorio dopo aver trascorso un weekend al mare. Lamenta un modesto dolore a deglutire e un "po' di linfonodi al collo", come riferisce lei. Non ha febbre. Ha assunto un FANS e da buon ex operatore sanitario ha già iniziato un antibiotico fin dai primi sintomi. La visita ambulatoriale è giustificata non tanto dal fastidio alla faringe quanto da alcune pratiche burocratiche che deve sbrigare con il medico di famiglia.

Dopo aver firmato la documentazione mi soffermo con lo sguardo sulla tumefazione cervicale sinistra che lei chiama "un po' di linfonodi al collo": all'ispezione è visibile una tumefazione laterocervicale che alla palpazione si presenta teso-elastica e poco mobile sui piani profondi. Approfondisco con una POCUS. In regione laterocervicale sinistra, in prossimità della ghiandola salivare sottomandibolare, è visibile una neoformazione rotondeggiante ipoecogena a ecostruttura disomogenea di 19 x 17 x 22 mm di diametro con alcune travature iperecogene al suo interno e un asse vascolare intralesionale (Figg. 1-3). Non appare proprio come la classica linfoadenopatia reattiva a una faringite. Adiacente alla nodularità è visibile una linfoadenopatia rotondeggiante di circa 10 mm di diametro con caratteristiche ecografiche conservate (ilo ben visibile, vascolarizzazione fisiologica, corticale ipoecogena armonica, profilo liscio) (Fig. 4).

L'anamnesi familiare e patologica remota della paziente non sono significative. Non ha fatto trattamenti radianti cervicali in passato, non ha avuto recentemente patologie infettive od infiltrative e non ha fatto viaggi all'estero. Nelle ultime quattro settimane non le sono stati somministrati vaccini. Ha fumato in media dieci sigarette al giorno nei primi anni di professione in pronto soccorso ("quando ero in trincea" come dice sempre Annamaria quando ricorda quel periodo burrascoso di turni e notti lavorative).

Prescrivo una risonanza magnetica con mezzo di contrasto urgente che conferma la presenza di lesione espansiva sospetta per neoplasia dei tessuti molli cervicali. La successiva biopsia conferma la diagnosi di "carcinoma a cellule squamose del trigono retromolare".

Fortunatamente un banale mal di gola insorto dopo una giornata al mare ha permesso di diagnosticare in tempo una forma aggressiva di neoplasia dei tessuti molli della regione testa-collo.

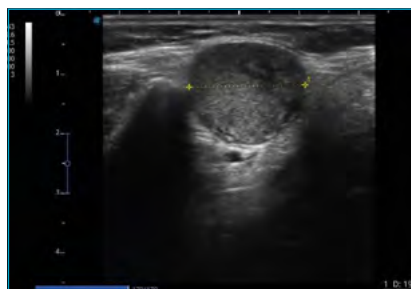
### FIGURA 1.

Scansione trasversale in laterocervicale sinistra con sonda lineare.



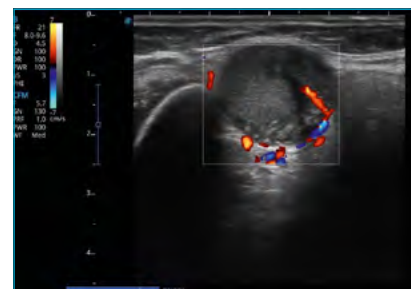
### FIGURA 2.

Scansione longitudinale in laterocervicale sinistra con sonda lineare.



### FIGURA 3.

Scansione con ecocolordoppler.



### Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Conforti F. Uno strano mal di gola. Rivista SIMG 2022;29(4):37-38.

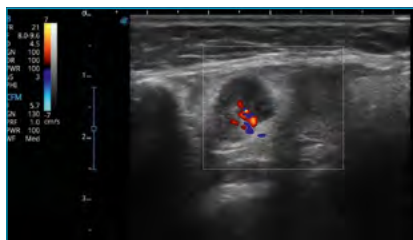
© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

**FIGURA 4.**  
**Linfonodo perilesionale.**



## Discussione

Le nuove diagnosi di neoplasia del distretto testa-collo (faringe, laringe, cavo orale) nel 2020 in Italia sono state 9.900 con netta prevalenza del sesso maschile. L'età media è superiore ai 50 anni ma viene segnalata una percentuale elevata di pazienti giovani (circa 15%). I tumori del cavo orale comprendono un insieme di neoplasie, prevalentemente carcinomi, che originano dalle mucose (95%) ma anche tumori di origine salivare, connettivale o melanomi (5%). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi

è del 59 % negli uomini e del 62 % nelle donne. I principali fattori di rischio sono il fumo, l'alcol e l'infezione da papilloma virus HPV. Oltre la metà dei casi vengono diagnosticati in fase localmente avanzata o già metastatica a causa della scarsa sensibilità ai controlli clinici periodici delle fasce di popolazione tipicamente colpite da questa neoplasia.

In questo caso la facile esplorabilità della regione cervicale, l'immediatezza e la maneggevolezza della metodica ecografica POCUS hanno rappresentato per Annamaria un vantaggio sostanziale in termini di diagnosi e prognosi. L'esperienza clinica e la conoscenza della storia della paziente del Medico di Medicina Generale si sono sommate a una efficace metodica di diagnostica per immagini che ha ottimizzato e velocizzato il percorso diagnostico-terapeutico.

## Bibliografia

<sup>1</sup> I numeri del cancro in Italia 2021 dati Aiom-Airtum. Undicesima edizione della pubblicazione. <https://www.aiom.it/wpcontent/uplo->

[ads/2021/10/2021\\_NumeriCancro\\_web.pdf](ads/2021/10/2021_NumeriCancro_web.pdf)

<sup>2</sup> Tumori della testa e del collo. IEO (Istituto Europeo di Oncologia) <https://www.ieo.it/PER-I-PAZIENTI/Cure/Tumori-della-testa-e-del-collo/>

<sup>3</sup> Incidenza dei tumori in Italia. Fonte Ministero della Salute [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3897\\_1\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3897_1_file.pdf)

<sup>4</sup> Shao Hui Huang, Brian O'Sullivan, et al. Overview of the 8th Edition TNM Classification for Head and Neck Cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2017;18:40.

<sup>5</sup> Spurling G, Jackson C. GPs with special interests: Benefits to patients, GPs and the community. *Aust Fam Physician* 2009;38:337-39.

<sup>6</sup> Colli A, Prati D, Fraquelli M, et al. The use of a pocket-sized ultrasound device improves physical examination: results of an in- and outpatient cohort study. *PLoS One* 2015;10:e0122181.

<sup>7</sup> Fichera F, Paolini I. I livelli di pratica ecografica in Medicina Generale. *Rivista SIMG* 2017;1:32-3.

<sup>8</sup> Fichera F, D'Ambrosio G, Lagolio E, et al. La valutazione ecografica in Medicina Generale: ruolo e significato della Point Of Care Ultrasonography (POCUS). *Rivista SIMG* 2020;27:21-6.

## Il punto di vista dello Specialista

### Italo Paolini

Responsabile ecografia SIMG

Il caso riportato dal dott. Conforti merita alcune osservazioni nei diversi momenti della sua articolazione:

- l'importanza di sfruttare l'opportunità del contatto con la paziente, al di là delle sue richieste contingenti (legate ad aspetti meramente burocratici) per una valutazione complessiva della sua situazione e dei suoi disturbi;
- l'aver evitato il pericolo, spesso ricorrente nella nostra pratica quotidiana, delle diagnosi "pre-confezionate" dal paziente stesso, in base al proprio percorso mentale ed esperienziale e di solito volte a porre l'autodiagnosi più semplice e tranquillizzante;
- la valutazione ultrasonografica a

completamento dell'esame obiettivo e dell'anamnesi determina, poi, un deciso cambiamento nel percorso assistenziale di Annamaria. Non il rinviare a un altro esame con un alto livello di indefinità diagnostica, ma l'orientarsi, da parte del MMG, per un approfondimento mirato e con un sospetto preciso e l'esclusione, su dati di fatto derivati dalla valutazione POCUS, dell'ingannevole autodiagnosi posta dalla paziente.

- ultimo, ma non ultimo per importanza, l'oggettivo potenziamento della figura professionale che deriva dal nuovo percorso assistenziale che si è determinato.

Le situazioni che determinano l'utilità dell'approccio POCUS in Medicina Generale sono in continua crescita e i relativi quesiti diagnostici in grado di ottenere una risposta immediata binaria del tipo SI/NO necessitano di una sistematizzazione derivante da esperienze come quella riportata dall'autore del report. Non la teoria che orienta e modifica la pratica professionale, ma l'analisi di quanto emerge dalla pratica quotidiana stessa alla ricerca di un miglioramento professionale continuo di cui l'amplificazione del nostro livello diagnostico rappresenta una componente importante.

# HS-Newsletter



Health Search

Istituto di Ricerca della S.I.M.G.

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

N.4 Vol.29 Luglio - Agosto 2022

## INDICE DEGLI ARGOMENTI

Epidemiologia ed approccio diagnostico-terapeutico del paziente con rinite allergica in Medicina Generale.....	2
Epidemiologia e profili prescrittivi in Medicina Generale. Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2021 sull'uso dei farmaci in Italia.....	9
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali .....	12- 14
Health Search Dashboard .....	15

### ANALISI IN MEDICINA GENERALE

#### Epidemiologia ed approccio diagnostico-terapeutico del paziente con rinite allergica in Medicina Generale.

La rinite allergica (RA) è una patologia della mucosa nasale indotta da un'inflammatione Immunoglobuline di classe E (IgE)-mediata, conseguente ad una esposizione allergenica.

La RA è caratterizzata da un notevole impatto epidemiologico.

A cura di *Alfredo Ladisa, Giuseppe Di Falco, Isabella Pavone.*

[continua a pag. 2](#)



### CONTRIBUTO SPECIALE

#### Epidemiologia e profili prescrittivi in Medicina Generale. Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2021 sull'uso dei farmaci in Italia.

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia fornisce una descrizione dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese, costituendo un importante strumento di confronto e di valutazione delle attuali politiche del farmaco nonché degli eventuali interventi futuri.

A cura di *Claudio Cricelli, Alessandro Rossi, Pierangelo Lora Aprile, Gerardo Medea, Ignazio Grattagliano, Raffaella Michieli, Francesco Paolo Lombardo, Damiano Parretti, Francesco Lapi, Ettore Marconi e Iacopo Cricelli.*

[continua a pag. 9](#)



#### HEALTH SEARCH (SIMG)

Via del Sansovino, 179 50142 Firenze Italia  
Tel: +39 055 494900 Orario: Lunedì - Venerdì 9.00-18.00  
E-Mail: [info@healthsearch.it](mailto:info@healthsearch.it) Web: [www.healthsearch.it](http://www.healthsearch.it)

#### IQVIA (Contact Center) Assistenza Tecnica

Numero Verde: 800.949.502  
Orario: Lunedì - Venerdì 8.30-19.30, Sabato 9.00-13.00  
E-Mail: [medicithales@it.imshealth.com](mailto:medicithales@it.imshealth.com)

# Epidemiologia ed approccio diagnostico-terapeutico del paziente con rinite allergica in Medicina Generale.

A cura di **Alfredo Ladisa<sup>1</sup>**, **Giuseppe Di Falco<sup>2</sup>**, **Isabella Pavone<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> SIMG Pescara

<sup>2</sup> SIMG Chieti

<sup>3</sup> DM ORL UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale PO "Santo Spirito" Pescara

## Panorama

La rinite allergica (RA) è una patologia della mucosa nasale indotta da un'infiammazione Immunoglobuline di classe E (IgE)-mediata, conseguente ad una esposizione allergenica.

La RA è caratterizzata da un notevole impatto epidemiologico. Negli ultimi anni, la prevalenza di sintomatologia suggestiva di RA è aumentata notevolmente. In Italia si riscontra in circa il 15-20% della popolazione generale, con un picco di prevalenza negli adolescenti e giovani adulti. Inoltre, è noto come i pazienti colpiti da tale condizione risultino frequentemente affetti da comorbidità.

In tal senso, il 10%-40% dei pazienti presentano anche asma mentre in circa 30% si osserva iperreattività bronchiale.

La RA può manifestarsi in forma lieve (sonno conservato, nessuna limitazione nelle attività quotidiane, normale attività lavorativa o scolastica, sintomi non fastidiosi), o moderata-grave. Quest'ultima si caratterizza da alterazione del sonno, limitazione delle attività quotidiane, riduzione prestazioni lavorative/scolastiche, sintomi gravi.

I criteri diagnostici clinici della RA sono:

i) rinorrea acquosa; II) starnuti; III) prurito nasale; iv) ostruzione nasale; v) congiuntivite.

Inoltre, la RA può essere classificata, secondo la durata dei sintomi, in:

- intermittente (sintomi presenti < 4 giorni/settimana o < 4 settimane).
- persistente (sintomi presenti > 4 giorni/settimana o > 4 settimane).

Poiché la prevalenza ad oggi nota di RA nella popolazione generale risulta estremamente variabile, il seguente studio si è posto l'obiettivo di indagare l'epidemiologia della condizione in Italia a partire dai dati della Medicina Generale (MG) presenti all'interno del database Health Search (HS), e di inquadrare l'approccio terapeutico nonché di caratterizzare i pazienti affetti da RA in funzione di specifiche comorbidità (asma, obesità, apnee ostruttive=OSAS, reflusso gastro-esofageo=MRGE).

## Costruzione degli indicatori

A partire dalla popolazione attiva al 31 dicembre 2020, in carico agli 800 Medici di Medicina Generale (MMG) del network HS, validati per la

qualità del dato registrato, sono stati calcolati i seguenti indicatori.

**Prevalenza (%) della rinite allergica**, calcolata nel modo seguente:

- **Numeratore:** numero di pazienti con una diagnosi di rinite allergica al 31 dicembre 2020.
- **Denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS attivi al 31 dicembre 2020.

**Incidenza (‰) della rinite allergica**, calcolata nel modo seguente:

- **Numeratore:** numero di pazienti con una "nuova" diagnosi di rinite allergica tra il 1 Gennaio 2020 e il 31 Dicembre 2020.
- **Denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS tra il 1 Gennaio e 31 Dicembre 2020, e privi della malattia all'inizio del periodo.

**Prevalenza di comorbidità nei pazienti con RA**, calcolata nel modo seguente:

- **Numeratore:** numero di pazienti con almeno una diagnosi di (Sindrome delle Apnee ostruttive del sonno) OSAS, asma, Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE) o



obesità al 31 dicembre 2020.

- **Denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS e con una diagnosi di rinite allergica al 31 dicembre 2020.

**Prevalenza d'uso di farmaci per il trattamento della RA**, calcolata nel modo seguente:

- **Numeratore:** numero di pazienti con almeno una prescrizione di Mometasone, Budesonide, Azelastina Cloridrato/Fluticasone, Cetirizina Dicloridrato, Levocetirizina Dicloridrato, Bilastina, Rupatadina

Fumarato o Loratadina al 31 dicembre 2020.

- **Denominatore:** numero di pazienti presenti nella popolazione dei medici ricercatori HS e con una diagnosi di rinite allergica al 31 dicembre 2020.

Tutte le analisi sono state poi stratificate per sesso, fascia d'età e regione di residenza.

### Risultati dell'analisi

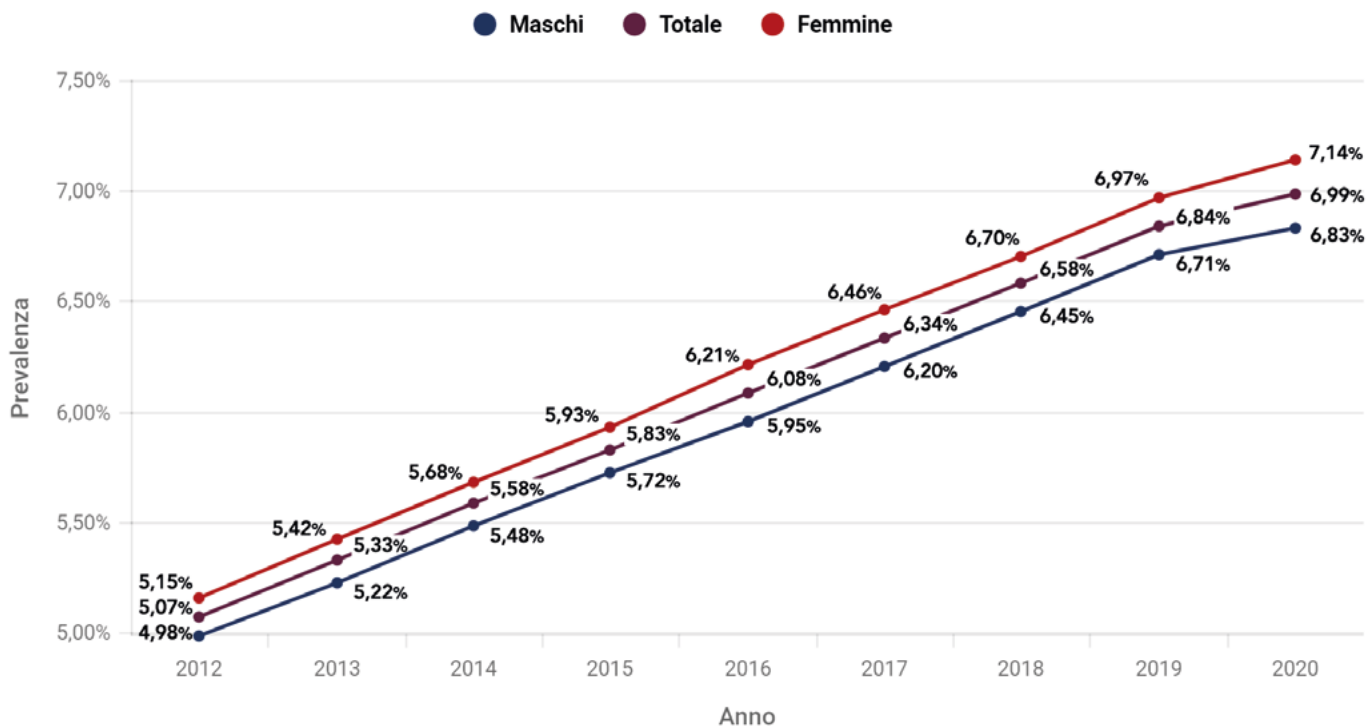
Analizzando i dati ricavati dal database HS, relativi al decennio 2011-2020, è possibile ricavarne alcune interessanti

considerazioni.

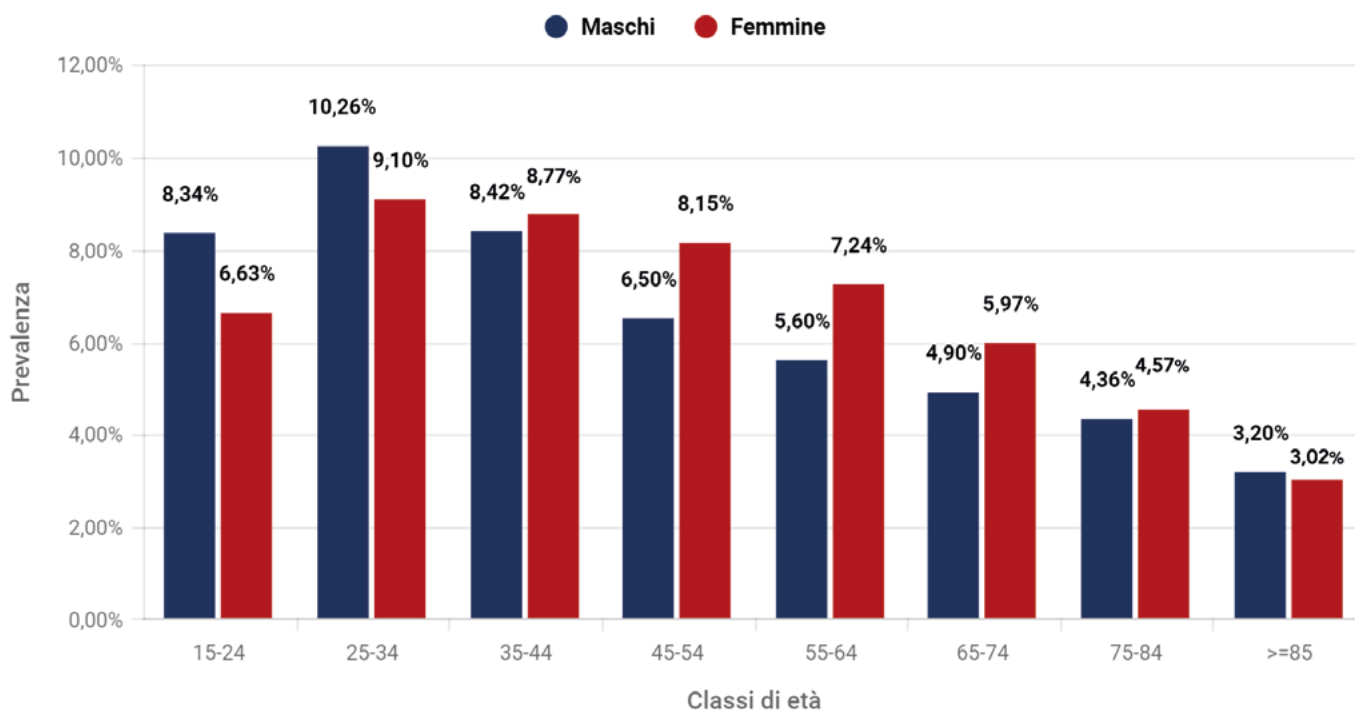
**A partire dalla popolazione di assistiti degli 800 MMG ricercatori HS attivi al 31 dicembre 2020 sono stati identificati 80.189 pazienti con una diagnosi di RA** (considerando la loro intera storia clinica), **per una prevalenza di malattia pari al 6,99%** (F: 7,14 % vs M: 6,83 %). Questa ha mostrato un trend crescente negli ultimi 10 anni passando dal 5,07% del 2012 al 6,99% nel 2020 (**Figura 1**).

**Stratificando l'analisi per classi d'età, la stima di prevalenza più elevata si riscontrava per la classi comprese tra i 25 ed i 34 anni.**

**Figura 1.** Prevalenza (%) di RA nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per sesso. Anni 2012-2020.



**Figura 2.** Prevalenza (%) di RA nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per sesso e classe d'età. Anno 2020.

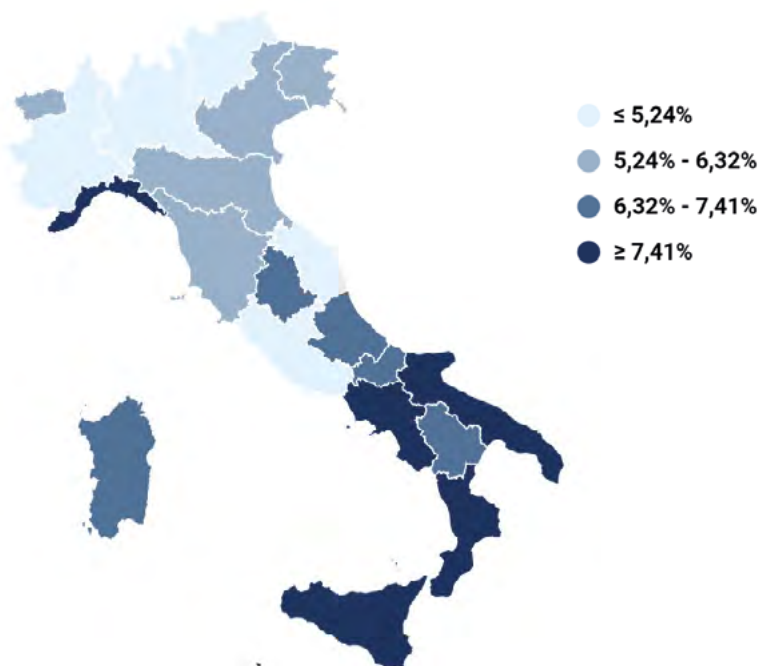


Infine, sebbene la condizione fosse complessivamente più frequente nel sesso femminile, andamento opposto si osservava tra i più giovani (15-24 e

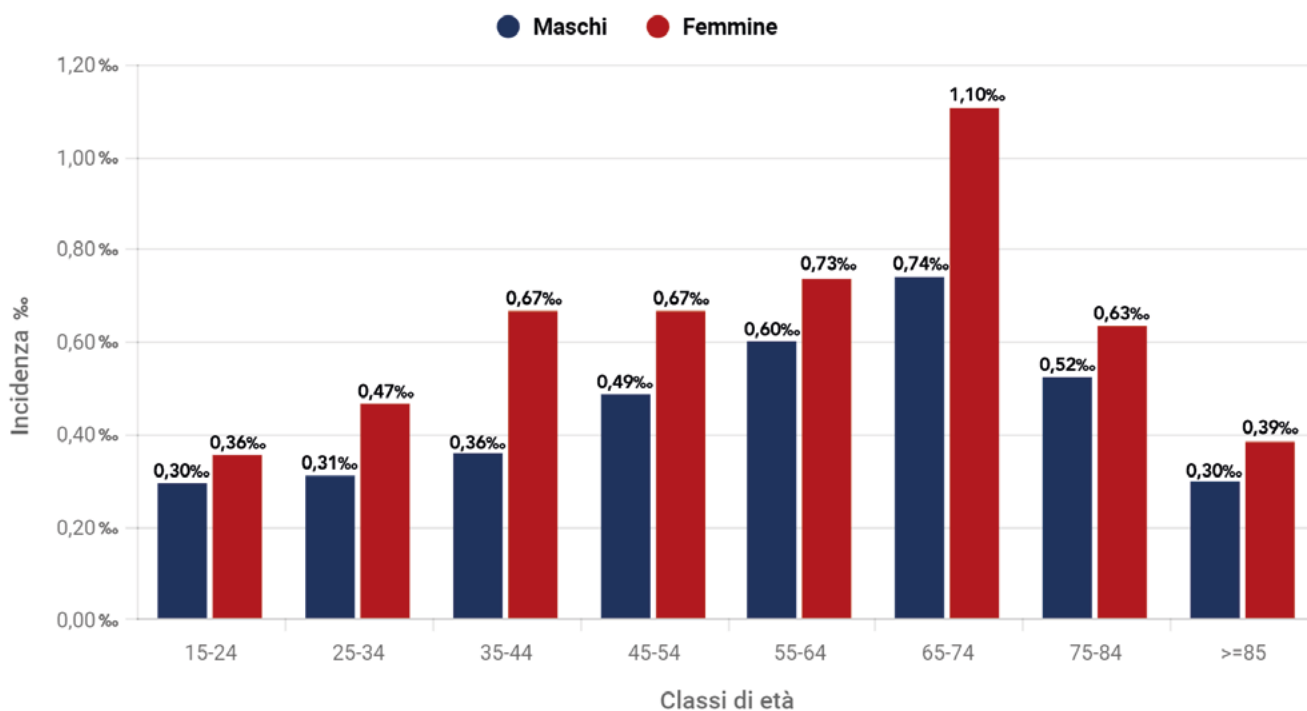
25-34), dove i maschi mostravano una stima di prevalenza più elevata (**Figura 2**). Infine, a livello regionale emergeva come la Liguria (8,18 %), la Campania

(14,88 %), la Puglia (7,92 %), la Calabria (7,77%) e la Sicilia (9,11%) fossero le Regioni caratterizzate dalle stime di prevalenza più elevate (**Figura 3**).

**Figura 3.** Prevalenza (%) di RA nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per Regione. Anno 2020.



**Figura 4.** Incidenza (%) di RA nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per sesso e classe d'età. Anno 2020.

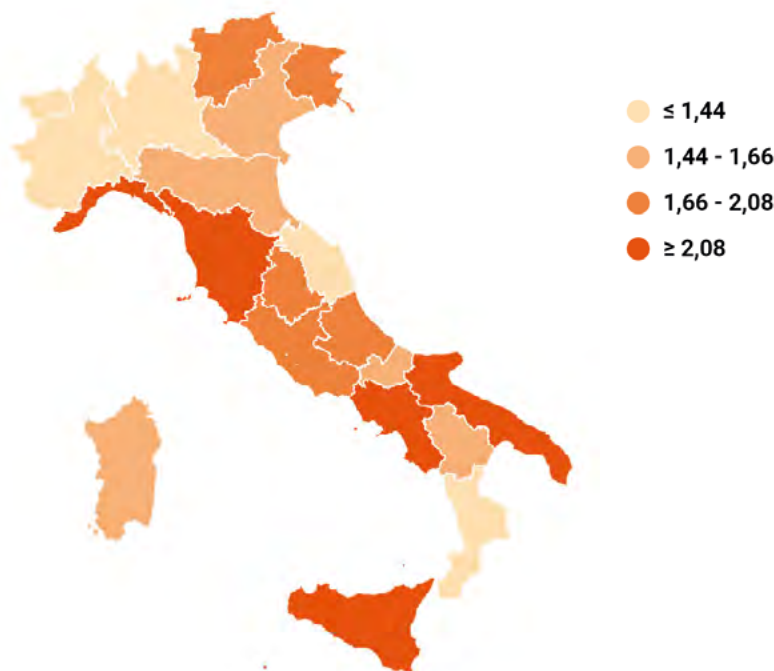


Per quanto riguarda l'incidenza di RA, questa risultava pari al 2,01%. Stratificando l'analisi per sesso e per età, la stima risultava più elevata nel sesso femminile, per tutte le fasce d'età

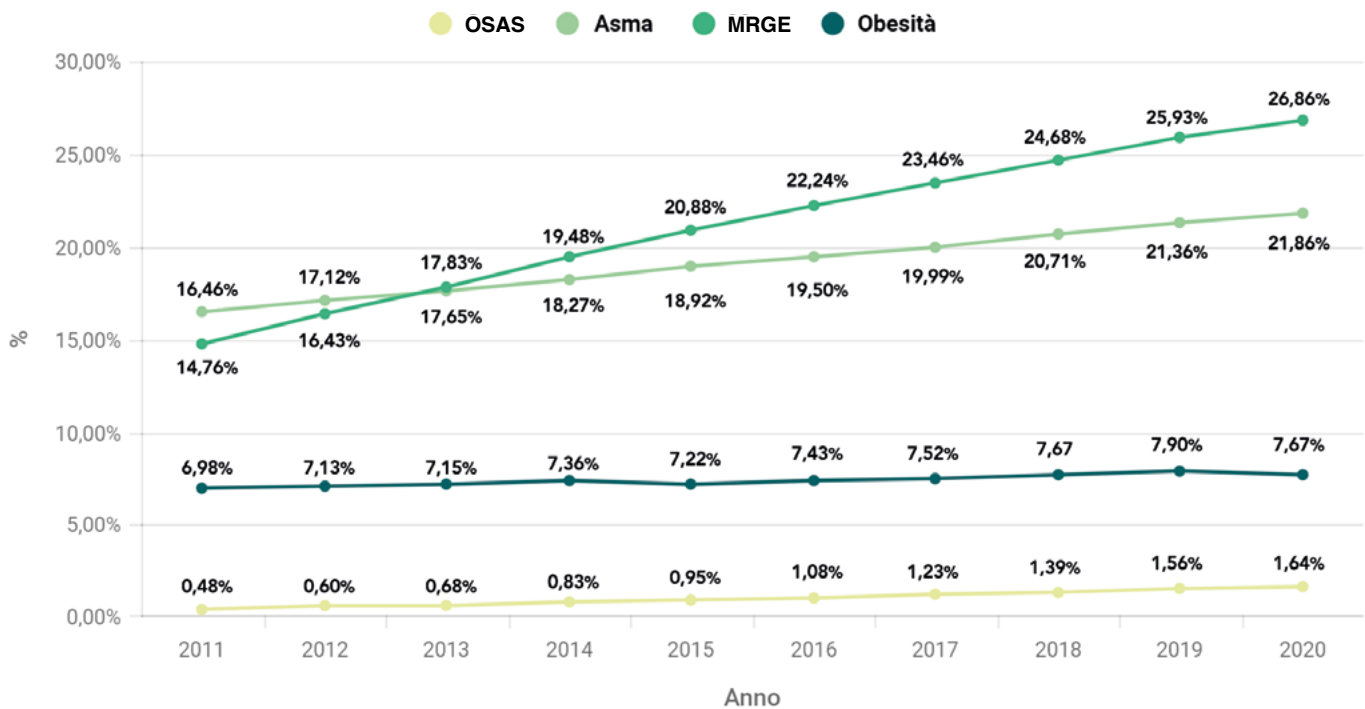
considerate, ed aumentava al crescere dell'età con il picco nella fascia d'età tra i 65 e i 74 anni (F: 1,10% vs. M: 0,74%) (Figura 4). A livello regionale, l'incidenza più

elevata si riscontrava in Campania (4,52%), a cui faceva seguito la Liguria (2,75%), la Sicilia (2,70%), la Toscana (2,36%) e la Puglia (2,10%) (Figura 5).

**Figura 5.** Incidenza (%) di RA nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per Regione. Anno 2020.



**Figura 6.** Prevalenza di comorbidità nella popolazione con diagnosi di RA e attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per comorbidità. Anni 2011-2020.



Per quanto concerne, la caratterizzazione dei pazienti con diagnosi di RA in funzione di specifiche comorbidità (asma, OSAS, MRGE e obesità), emergeva come la MRGE fosse la più frequente in tali pazienti (26,86%). A questa faceva seguito l'asma (21,86%), l'obesità (7,67%) e le OSAS (1,64%). È interessante inoltre osservare come la MRGE mostrava il trend con la più forte crescita tra il 2011 ed il 2020, passando di fatto dal 14,76% del 2011 ad un 26,86 % nel 2020 (Figura 6).

Per quanto concerne la gestione farmaco-terapeutica per il trattamento della RA, questa si basa principalmente sul controllo dei sintomi mediante terapie intranasali e lavaggio nasale con soluzione fisiologica. Analizzando i dati di HS, emergeva come la Cetirizina Dicloridrato (5,26 %) e la Rupatadina Fumarato (3,13 %) fossero i farmaci più prescritti nel 2020. A questi facevano seguito la Levocetirizina Dicloridrato (2,05%), e la Loratadina (0,90%). Risultavano meno prescritti gli steroidi intranasali

come Mometasone (1,17%) o Budesonide (0,40%) (Figure 7a/b). Tali trend di prevalenza d'uso restavano tali anche in seguito a stratificazione per sesso (Figura 8 a pagina 8).

#### Il parere del Medico di Medicina Generale

La RA è una sindrome clinica caratterizzata dalla persistenza di sintomatologia per oltre 12 settimane.

Dalla presente analisi sul database HS, l'incidenza di RA è risultata essere pari 2,01‰ per anno.

L'osservazione dei dati epidemiologici consente al MMG un approccio condiviso tale per cui, in linea con le evidenze di letteratura più recenti, possono essere adottate strategie diagnostiche e terapeutiche che riescano a ridurre l'impatto, sempre maggiore, che questa patologia ha sulla qualità di vita dei pazienti.

I dati, nel loro complesso, giustificano l'attuazione di strategie di prevenzione primaria per asma, MRGE e Obesità nella fascia di popolazione

affetta da rinite allergica non solo per ridurre la prevalenza di queste gravi comorbidità ed il conseguente miglioramento della qualità della vita, ma anche per ridurre l'impatto economico prevedibile alla luce dei dati relativi alla prevalenza d'uso degli accertamenti e delle terapie.

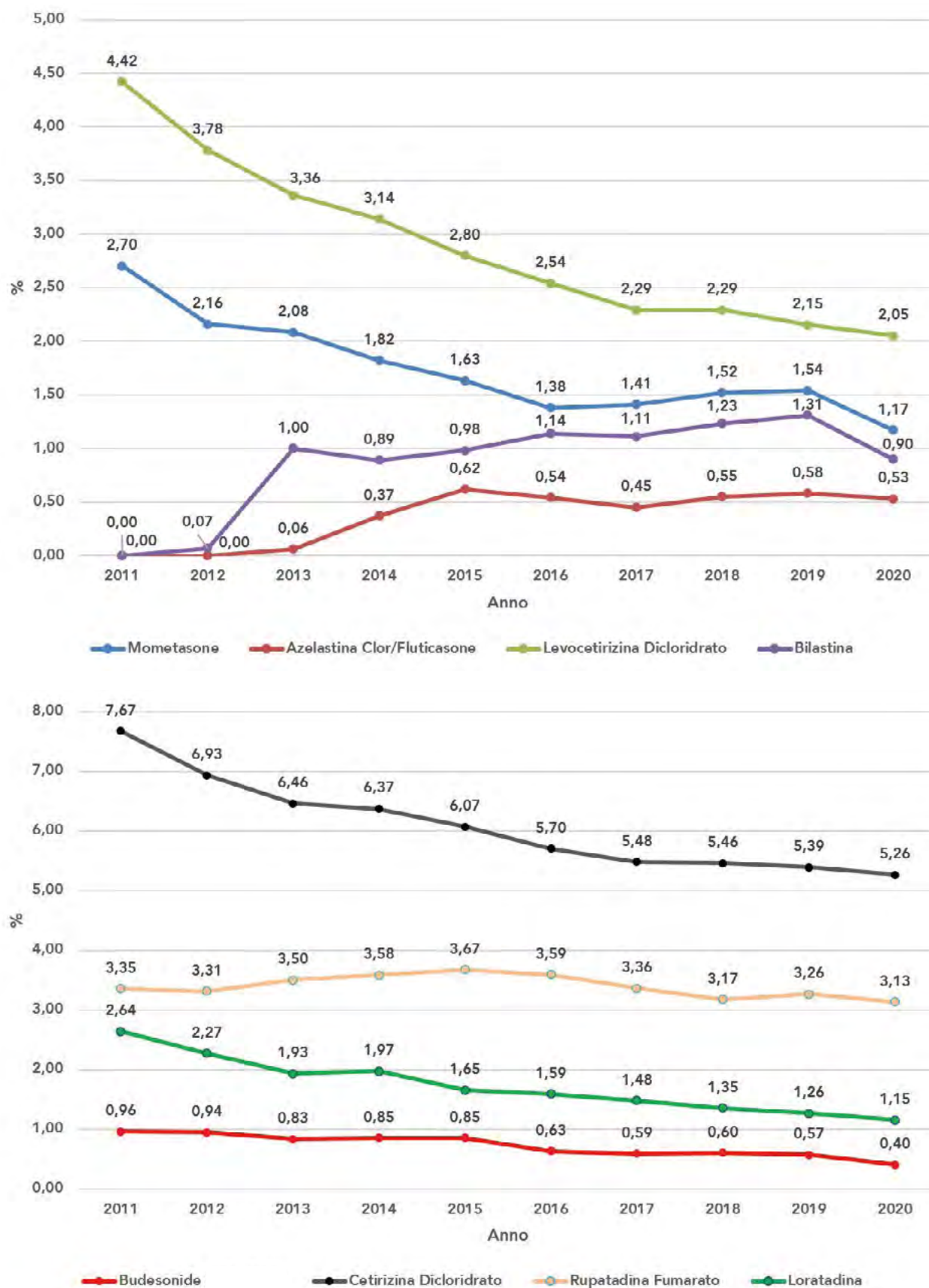
Le strategie di prevenzione primaria hanno ragion d'essere in ogni fascia di età considerata, anche in quella dove il valore della prevalenza è inferiore.

**L'importanza della prevenzione assume una valenza maggiore anche in considerazione delle comorbidità associate.**

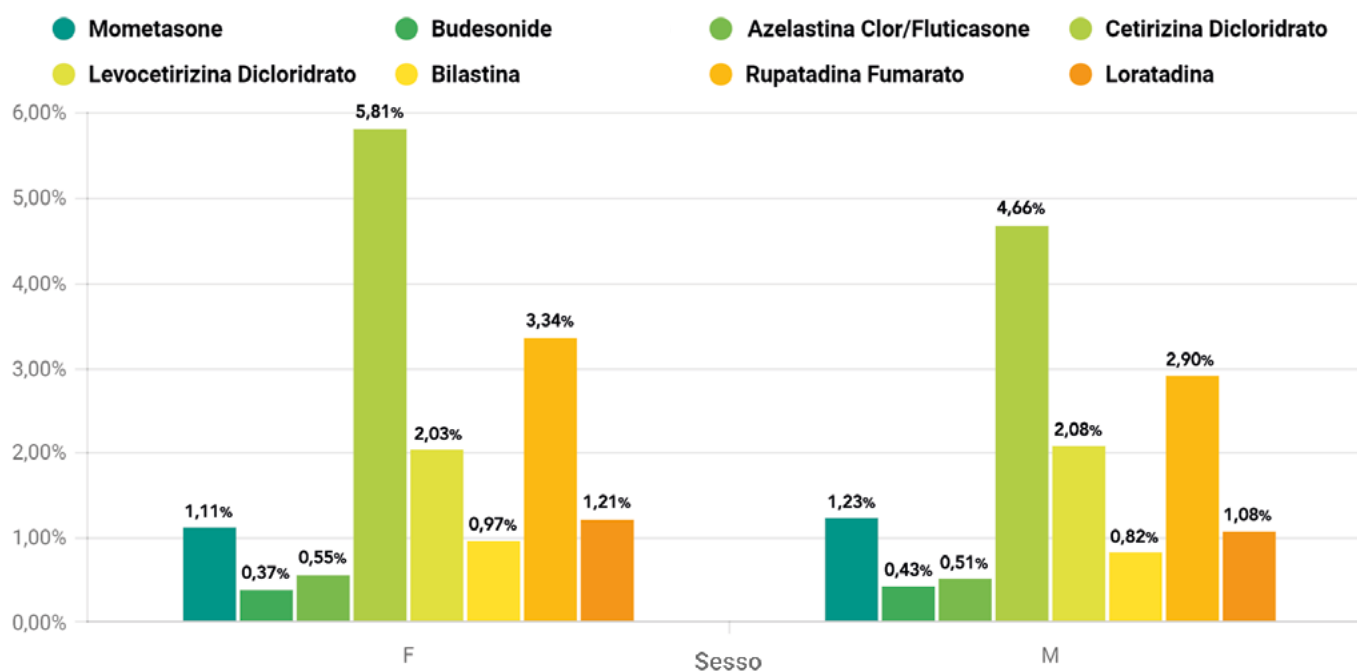
Studi internazionali, ad esempio, mettono in evidenza come la RA sia frequentemente associata con l'asma. Tale condizione si riscontra nel 25% dei pazienti con RA mentre dai dati HS si attesta intorno al 21,86 %.

Per quanto concerne la gestione farmaco-terapeutica c'è innanzitutto da rimarcare che i MMG hanno perfettamente recepito che la RA e l'asma, in linea con i progressi sulle conoscenze e comprensione dei

**Figure 7a/b.** Prevalenza d'uso di farmaci per il trattamento della RA nella popolazione attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per molecola. Anni 2011-2020.



**Figura 8.** Prevalenza di comorbidità nella popolazione con diagnosi di RA e attiva del campione degli 800 medici HS. Distribuzione per comorbidità. Anni 2011-2020.



**processi fisiopatologici, debbano essere trattati e gestiti in modo unificato.**

Per quanto riguarda invece la terapia farmacologica, maggiormente prescritti risultano essere gli antistaminici per via orale, mentre poco rappresentate le altre terapie per via topica: Mometasone (1,17%), Budesonide (R01AD05) (0,40%), Azelastina Cloridrato/Fluticasone (0,53%).

Gli steroidi nasali sono raccomandati in adulti e bambini (>3 anni) per il trattamento della RA con prevalente ostruzione nasale. Alcuni corticosteroidi nasali (ad es. Mometasone Furoato) possono migliorare anche gli eventuali sintomi oculari concomitanti.

**Sebbene il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) univoco, la**

**rimborsabilità dei farmaci varia largamente da regione a regione. In linea di massima, gli esami diagnostici ed i farmaci per l'asma sono completamente rimborsati dal SSN, ma questo non vale per la RA. Gli antistaminici sono parzialmente rimborsati con limitazioni, mentre gli steroidi nasali rimangono a totale carico dell'assistito salvo rare eccezioni.**

Questo studio non ha valutato l'uso di antileucotrieni in aggiunta agli antistaminici. **Crediamo opportuno in questa sede riportare le Raccomandazioni ARIA 2022:**

1. Gli antistaminici orali o nasali sono meno efficaci degli steroidi nasali nel controllo dei sintomi; tuttavia, alcuni

pazienti con disturbo lieve/moderato preferiscono i farmaci orali.

2. Nei pazienti con RA grave lo steroide nasale rimane il trattamento di prima linea, anche se l'effetto è ritardato. L'associazione di antistaminico orale e steroide nasale non risulta più efficace dello steroide nasale da solo.
3. L'associazione di FP (???) e azelastina intranasale in device singolo è più efficace di qualsiasi terapia singola in pazienti con RA grave, o quando è richiesta una rapida riduzione dei sintomi.
4. Gli steroidi intramuscolo depot non sono raccomandati.
5. I decongestionanti topici possono essere usati (sopra i 12 anni), solo per brevi periodi, se l'ostruzione nasale è molto severa.

## Bibliografia

1. Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma. Progetto Mondiale ARIA – Aggiornamento Italia 2022
2. GINA Pocket Guide for Health Professional (updated 2019)
3. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, JACI 2020
4. Peroni D et al, Clin Exp Allergy 2003
5. Ciprandi G, Int Arch Allergy Immunol 2004
6. Weinstein et al., Allergy Asthma Proc.2014
7. Yuan Cao et al, Association of allergic rhinitis with obstructive sleep apnea. A meta analysis. Medicine 2018

## CONTRIBUTO SPECIALE

# Epidemiologia e profili prescrittivi in Medicina Generale. Il contributo di Health Search al Rapporto OsMed 2021 sull'uso dei farmaci in Italia.

A cura di **Claudio Cricelli**<sup>1</sup>, **Alessandro Rossi**<sup>2</sup>, **Pierangelo Lora Aprile**<sup>3</sup>, **Gerardo Medea**<sup>4</sup>, **Ignazio Grattagliano**<sup>5</sup>, **Raffaella Michieli**<sup>5</sup>, **Francesco Paolo Lombardo**<sup>5</sup>, **Damiano Parretti**<sup>6</sup>, **Francesco Lapi**<sup>7</sup>, **Ettore Marconi**<sup>7</sup> e **Iacopo Cricelli**<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Presidente, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze;

<sup>2</sup> Responsabile ufficio di Presidenza, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze;

<sup>3</sup> Segretario Scientifico, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze;

<sup>4</sup> Responsabile Nazionale Ricerca, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze;

<sup>5</sup> Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze;

<sup>6</sup> Responsabile Nazionale della Scuola di Alta Formazione, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

<sup>7</sup> Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Sito web: <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1740782/Rapporto-OsMed-2021.pdf>

## Il Rapporto OsMed 2021

**Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia, realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, dal 2001, fornisce una descrizione dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese, costituendo, di fatto, un importante strumento di confronto e di valutazione delle attuali politiche del farmaco nonché degli eventuali interventi futuri.**

**Il Rapporto, giunto ormai alla 22° edizione, fornisce una descrizione sempre più esaustiva e critica dell'assistenza farmaceutica, erogata sia in ambito territoriale che ospedaliero, a carico del Servizio Sanitario Nazionale e dei cittadini tramite l'acquisto privato.**

Lo scorso luglio è stata presentata

l'ultima edizione del Rapporto, contenente i dati relativi all'anno 2021. Il Rapporto, come ogni anno, fornisce un'analisi dei dati di consumo e di spesa dei medicinali in Italia, corredato da approfondimenti sul consumo dei farmaci per età e genere, sulle classi terapeutiche a maggiore prescrizione e con analisi specifiche sull'andamento regionale, nazionale e internazionale. Quest'ultimo Rapporto ha posto maggior enfasi ai trend temporali, così da cogliere eventuali cambiamenti negli andamenti prescrittivi, di intercettare mutamenti di salute nella popolazione nonché di analizzare l'impatto delle azioni regolatorie sull'appropriatezza prescrittiva.

È stata posta ulteriore attenzione all'analisi sull'andamento temporale dei prezzi in Italia inserendo

approfondimenti relativi all'effetto sui prezzi dell'ingresso di nuovi medicinali in lista di trasparenza e, nell'ambito degli acquisti diretti, dell'ingresso sul mercato di nuove specialità.

Inoltre, è stata introdotta una sezione specifica sull'evoluzione della spesa per valorizzare e monitorare l'impatto sulla spesa farmaceutica SSN delle nuove molecole,

Infine, l'analisi dell'aderenza al trattamento farmacologico è stata effettuata sul triennio 2019-2021, anche con la finalità di verificare eventuali cambiamenti intervenuti durante la pandemia.

**Il Rapporto OsMed 2021, come ormai da molte edizioni, ha visto il coinvolgimento della Società Italiana di Medicina Generale e delle**

Cure primarie (SIMG), mediante l'analisi dei dati presenti in Health Search/IQVIA Health Longitudinal Patient Database (HS/IQVIA Health LPD). Difatti, l'utilizzo dei dati della Medicina Generale ha consentito di valutare lo stato di salute degli italiani relativamente a specifiche condizioni patologiche, nonché di metterne in evidenza eventuali variazioni, fornendo pertanto un denominatore ai numeri presenti nel Rapporto. In merito all'ultima edizione del Rapporto, gli indicatori relativi alla Medicina Generale sono stati annessi alle sezioni precedentemente riservate ai soli dati estrapolati dai flussi OsMed.

In particolare, tutte le informazioni relative a ogni categoria terapeutica sono state riunite per migliorarne la rappresentazione completa e la lettura. Ogni categoria si caratterizza da un inquadramento epidemiologico, l'andamento dei consumi e della spesa, l'analisi della variabilità regionale; in alcuni casi sono anche descritti indicatori di esposizione, aderenza e persistenza al trattamento farmacologico nella popolazione. **Come indicato in precedenza, per numerose categorie terapeutiche prese in considerazione, sono stati analizzati i profili prescrittivi ed epidemiologici in Medicina Generale, mediante i dati raccolti in HS/IQVIA Health LPD e messi a disposizione da SIMG.**

**Oltre alla prevalenza, è stata valutata anche l'incidenza della patologia e la variazione rispetto ai due anni precedenti (2019-2020).**

Difatti, le informazioni presenti in HS/IQVIA Health LPD consentono di fotografare lo stato di salute della popolazione, e relative variazioni, nonché di sviluppare indicatori atti a quantificare e caratterizzare i profili prescrittivi dei farmaci, intesi come "elementi specifici e misurabili della

pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche e utilizzati come unità di misurazione della qualità dell'assistenza".

**Partendo quindi da un solido dato epidemiologico, derivante dai dati "real-world", è stato possibile identificare la prevalenza e l'incidenza di alcune patologie croniche, nonché il relativo trend rispetto ai due anni precedenti (2019-2020), così come mettere in evidenza l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti.** In particolare, le stime di prevalenza hanno costituito il denominatore



per il calcolo della prevalenza d'uso dei farmaci, per i quali sono stati sviluppati specifici indicatori così da mettere in luce eventuali evidenze di appropriatezza o inappropriata prescrittiva, e fornendo, quindi, un tracciato sul comportamento dei Medici di Medicina Generale nel trattamento delle più frequenti patologie croniche. **La scelta degli indicatori si è basata sulla presenza di una solida evidenza scientifica in merito ai dati, l'evidenza di un alto livello basale di inappropriata, un consenso di massima manifestato dai medici**

**prescrittori e l'applicabilità in diversi contesti nazionali e internazionali.**

In base alla nuova struttura del Rapporto OsMed, ogni problema clinico-epidemiologico preso in esame è stato associato ad una breve contestualizzazione clinica, nonché della letteratura di riferimento, seguita dalla delucidazione della metodologia utilizzata per lo sviluppo dell'indicatore. Entrando nel merito del contributo curato da SIMG, la valutazione dei profili prescrittivi e dell'appropriatezza d'impiego ha riguardato le principali categorie di farmaci prescritte per le patologie croniche usualmente in carico alla Medicina Generale. **In particolare, sono stati selezionati i farmaci per la prevenzione del rischio cardiovascolare (es. antipertensivi e ipolipemizzanti), i farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, i farmaci antiacidi/antisecretori/gastroprotettori, antidepressivi farmaci sedativo- ipnotici e ansiolitici, i farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, antitrombotici, corticosteroidi e FANS/Coxib.**

Ogni categoria terapeutica ha visto inizialmente stimata la prevalenza e l'incidenza di malattia nel 2021, nonché la relativa variazione percentuale (delta %) rispetto all'anno precedente (2020) o per certe categorie patologiche, rispetto ai due anni precedenti (2019-2020); questo allo scopo di valutare eventuali variazioni imputate alla pandemia. Ogni stima di frequenza è stata stratificata per età, sesso e area geografica. Ponendo l'attenzione anche al fenomeno della multi-cronicità, **molte delle stime di prevalenza e incidenza di patologia sono state calcolate stratificando l'analisi in base alla presenza o meno di patologie concomitanti, nonché in base alla tipologia di patologia (es. prevalenza di ipertensione e scompenso cardiaco).**

Allo scopo di valutare i profili



prescrittivi sono state calcolate le prevalenze d'uso e relativa variazione rispetto ai due anni precedenti, delle categorie farmacologiche considerate nel Rapporto.

**Queste sono state calcolate stratificando l'analisi non solamente in base all'area geografica, sesso ed età dei pazienti, ma anche in base alla presenza o meno di patologie concomitanti.**

Tutto ciò allo scopo di fornire un quadro il più dettagliato possibile delle abitudini prescrittive in Medicina Generale, nonché per mettere in luce elementi virtuosi o di criticità, anche attraverso un confronto rispetto ai criteri di rimborsabilità associati ai farmaci in studio.

**Ne è un esempio il calcolo della prevalenza d'uso dei farmaci antiipertensivi, nei pazienti con ipertensione arteriosa nonché in specifici sottogruppi definiti sulla base di specifiche comorbidità. Complessivamente, l'indicatore evidenziava le stime di prevalenza d'uso più elevate per i beta-bloccanti (29,8%) e gli ACE-inibitori (18,6%). Diversamente, nei pazienti affetti anche da scompenso cardiaco, sebbene i beta-bloccanti si**

**attestassero ancora al primo posto come prevalenza d'uso (64,3%), al secondo posto si posizionavano i diuretici inclusi i risparmiatori di potassio (61,6%). Stimando le prevalenze d'uso nei pazienti affetti da diabete mellito, si osservava una percentuale di utilizzatori pari al 23,8% per i calcio antagonisti diidropiridinici.**

**Molte delle categorie terapeutiche considerate nel Rapporto sono state analizzate mediante specifici indicatori atti a valutare i pattern prescrittivi in specifici contesti di malattia noti per la loro criticità in termini di appropriatezza.** Per citarne alcuni, è stata analizzata e stimata la quota di soggetti in trattamento con statine in prevenzione primaria tra la popolazione con età  $\geq 80$  anni. Da tale analisi, emergeva che nel corso del 2021 il 39,8% di tali pazienti risultavano in trattamento con questi farmaci, con un aumento del 3,6% rispetto alle stime del 2020. Limitatamente ai pazienti non diabetici, tale percentuale che si attesta ad un valore pari al 36,4%.

**Il contributo della Medicina Generale mediante i dati raccolti sul**

database Health Search, si affianca ai dati quantitativi presenti nel Rapporto fornendo un quadro utile alla comprensione dei fenomeni prescrittivi a livello italiano. Pertanto, rappresenta un importante strumento per l'interpretazione dei dati di spesa farmaceutica.

Per far ciò è necessario attingere a fonti dati che siano informative sullo stato di salute degli italiani, che riescano a inquadrare le loro problematiche di salute e le loro malattie, così come i relativi mutamenti ed evoluzioni. In tale contesto, come dimostrato dal contributo di SIMG al Rapporto OsMed 2021, i sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche, se adeguatamente interrogati, costituiscono una preziosa fonte di informazioni. Infatti, essi possono fornire risposte ai nuovi bisogni professionali e alle richieste degli amministratori chiamati a progettare i nuovi modelli di governance, con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza possibile al paziente e, al contempo, garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

## Collaborazioni e Progetti Nazionali



### CEIS Tor Vergata

[www.ceistorvergata.it](http://www.ceistorvergata.it)

Il CEIS Tor Vergata è un centro di ricerca economica istituito presso l'Università di Roma Tor Vergata riconosciuto a livello internazionale. Il CEIS è impegnato a produrre e diffondere ricerca di eccellenza e analisi per la promozione dello sviluppo economico sostenibile, e per ampliare e migliorare le opzioni disponibili per politiche pubbliche a livello nazionale e internazionale.



### IQVIA Italia

[www.iqvia.com/it-it/locations/italy](http://www.iqvia.com/it-it/locations/italy)

IQVIA è leader mondiale nell'elaborazione e analisi dei dati in ambito healthcare e nello sviluppo di tecnologie e competenze che aiutino i clienti a far evolvere la sanità e la medicina allo scopo di realizzare un sistema sanitario più moderno, più efficace ed efficiente, creando soluzioni ad alto impatto per l'industria e i pazienti.



### ISTAT

[www.istat.it](http://www.istat.it)

La collaborazione con l'ISTAT prevede lo scambio di informazioni e competenze che consentano di migliorare l'informazione statistica nel settore della sanità. Questo contribuirà a significativi avanzamenti nell'ambito della comprensione dello stato di salute della popolazione in Italia, nella comprensione dell'utilizzo dei servizi e dei costi in ambito sanitario e nel rispondere a tutte le richieste di informazioni provenienti dalla comunità scientifica e dagli Organismi Internazionali.



### Istituto Superiore di Sanità

[www.iss.it](http://www.iss.it)

La collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ha l'obiettivo di esaminare la natura e l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione italiana, in particolare per ciò che concerne le malattie metaboliche (diabete, sovrappeso, obesità) e l'impatto delle malattie cardiovascolari (stroke, infarto e scompenso cardiaco).



*Ministero della Salute*

### Ministero della Salute Progetto analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN

[www.ot11ot2.it/dfp-organismo-intermedio/progetti/analisi-dei-fattori-di-produzione-resilienza-e-sviluppo-del-ssn](http://www.ot11ot2.it/dfp-organismo-intermedio/progetti/analisi-dei-fattori-di-produzione-resilienza-e-sviluppo-del-ssn)

Il progetto nasce dalla necessità di potenziare e consolidare la modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prevista da Patto per la Salute, attraverso strumenti di monitoraggio e verifica relativi all'adeguatezza dell'offerta dei fattori produttivi (personale, beni e servizi), che assicuri l'equità del sistema e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). All'interno del progetto una delle linee di intervento prevede lo sviluppo di un modello predittivo a supporto della programmazione sanitaria con l'obiettivo di indirizzare una corretta allocazione delle risorse economiche-finanziarie nell'ottica delle diverse attività assistenziali, nonché il calcolo dei costi per patologia. Le informazioni contenute nel database Health Search/IQVIA HEALTH LPD saranno di estrema utilità in tale processo.

## OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



### L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale OsMed.

[www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021](http://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021)

Il Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia fornisce, dal 2001, una descrizione analitica ed esaustiva dell'assistenza farmaceutica nel nostro Paese. Da ormai molti anni, la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) collabora alla realizzazione del seguente Rapporto mettendo a disposizione i dati contenuti nel database Health Search/IQVIA HEALTH LPD. Tali dati, adeguatamente analizzati, consentono di fotografare lo stato di salute della popolazione italiana e di sviluppare indicatori di appropriatezza d'uso dei farmaci, intesi come elementi specifici e misurabili della pratica clinica, sviluppati sulla base di solide evidenze scientifiche e utilizzati come unità di misurazione della qualità dell'assistenza. Il contributo fornito da SIMG al Rapporto OsMed ha permesso, di fatto, di valutare la prevalenza di alcune patologie croniche in Italia, nonché l'appropriatezza prescrittiva in funzione delle caratteristiche cliniche dei pazienti.

## OsMed (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali)



### L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale OsMed.

[www.aifa.gov.it/-/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2020](http://www.aifa.gov.it/-/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2020)

Il Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia - 2020", dedicato agli antibiotici a uso umano, consente di monitorare l'andamento dei consumi e della spesa in Italia e al contempo di identificare le aree di potenziale inappropriata d'uso.

Le analisi presentate riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica, sulla prescrizione degli antibiotici negli anziani, sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione. In aggiunta, sono state incluse le analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, quelle relative all'acquisto privato di antibiotici di fascia A, un'analisi sul consumo degli antibiotici ad uso non sistemico e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva nell'ambito della Medicina Generale; utilizzando i dati contenuti nell'Health Search/IQVIA HEALTH LPD messo a disposizione da SIMG. Sono inoltre riportati dati di confronto dei consumi italiani rispetto agli altri Paesi europei e un'analisi delle esperienze di implementazione di programmi per la corretta gestione degli antibiotici in ospedale.

## Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

[www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)



L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, nato su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - ha lo scopo di monitorare l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e trasferire i risultati ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale ed internazionale. L'Osservatorio redige annualmente il "Rapporto Osservasalute" che analizza il Sistema Sanitario Nazionale a 360° prendendo in considerazione gli aspetti legati alle attività, alle risorse economiche e ai bisogni di salute della popolazione. Da quattro anni, SIMG mette a disposizione dell'Osservatorio diverse analisi derivanti dai dati raccolti attraverso il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.

## Collaborazioni e Progetti Internazionali



### **EHDEN** (European Health Data & Evidence Network)

[www.ehden.eu](http://www.ehden.eu)

L'European Health Data & Evidence Network (EHDEN) è un consorzio IMI 2 composto da università, piccole e medie imprese (PMI), associazioni di pazienti, autorità di regolamentazione e aziende farmaceutiche, che opererà in Europa nell'ambito dell'Innovative Medicines Initiative. La missione di EHDEN è fornire un nuovo paradigma per l'analisi dei dati sanitari in Europa, costruendo una rete federata su larga scala di data partner in tutta Europa. Fondamentale per EHDEN è la standardizzazione dei dati sanitari verso un modello di dati comune (OMOP-CDM) e l'utilizzo di strumenti analitici.

*The European Health Data & Evidence Network has received funding from the Innovative Medicines Initiative 2 Joint Undertaking (JU) under grant agreement No 806968. The JU receives support from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme and EFPIA.*



### **European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance**

[www.encepp.eu](http://www.encepp.eu)

Siamo all'interno della rete scientifica ENCePP che è coordinata dall'Agenzia Europea del Farmaco. Siamo impegnati nel campo della ricerca aderendo alla guida ENCePP su metodologie Standard ed a promuovere l'indipendenza scientifica e di trasparenza, pubblicando nel E-Registro degli Studi dell' ENCePP, una risorsa accessibile pubblicamente per la registrazione di studi farmaco-epidemiologici e di farmacovigilanza.



### **The EU-ADR Alliance** A federated collaborative framework for drug safety studies

<http://eu-adr-alliance.com/>

EU-ADR Alliance nasce nel 2013 sulla base dei risultati del progetto EU-ADR "Exploring and Understanding Adverse Drug Reactions by Integrative Mining of Clinical Records and Biomedical Knowledge", finanziato dalla ICT unit della Commissione Europea. Ad oggi EU-ADR Alliance rappresenta un modello di collaborazione unico con l'obiettivo di condurre studi e rispondere a domande sulla sicurezza dei farmaci attraverso l'uso di dati provenienti da numerosi database sanitari (Electronic Healthcare Records (HER) database), tra cui il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.



### **The PHARMO Insitute**

[www.pharmo.nl](http://www.pharmo.nl)

Fondata nel 1999, PHARMO è un'organizzazione di ricerca indipendente che si occupa di studi epidemiologici, di farmaco-utilizzazione, sicurezza dei farmaci, esiti di salute e utilizzazione delle risorse sanitarie. PHARMO ha sviluppato e mantiene una rete di database ampia e di alta qualità e lavora a stretto contatto con Università internazionali e nazionali nonché con altri database europei, tra cui il database Health Search/IQVIA HEALTH LPD.



# Health Search Dashboard

## Health Search Dashboard

UN INNOVATIVO STRUMENTO DI REPORTISTICA E ANALISI EPIDEMIOLOGICA BASATO SUL DATABASE HEALTH SEARCH

**Ricercatori HS**  
Popolazione impiegata per le analisi epidemiologiche

**Epidemiologia**  
Patologie in carico alla Medicina Generale

**Carico di Lavoro**  
Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

**Impatto della co-morbosità**  
Distribuzione delle principali patologie concomitanti

**Modelli HS di**

**Carte del**

**Simulazione scenari di Salute Pubblica**

Servizio rivolto ai Ricercatori Health Search ed alle istituzioni pubbliche quali Istituti di Ricerca e Aziende Sanitarie Regionali/Locali.

Valutazione del carico di lavoro in base ai contatti con gli assistiti e alle prestazioni erogate.



**Problematiche Pneumologiche**

**Problematiche Alte Vie Respiratorie**

**Problematiche Cardiocircolatorie**

**Problematiche Renali e Urologiche**

**Problematiche Andrologiche**

**Problematiche Dermatologiche e Osteomuscolari**

**Problematiche del Sonno**

**Problematiche Endocrinologiche**

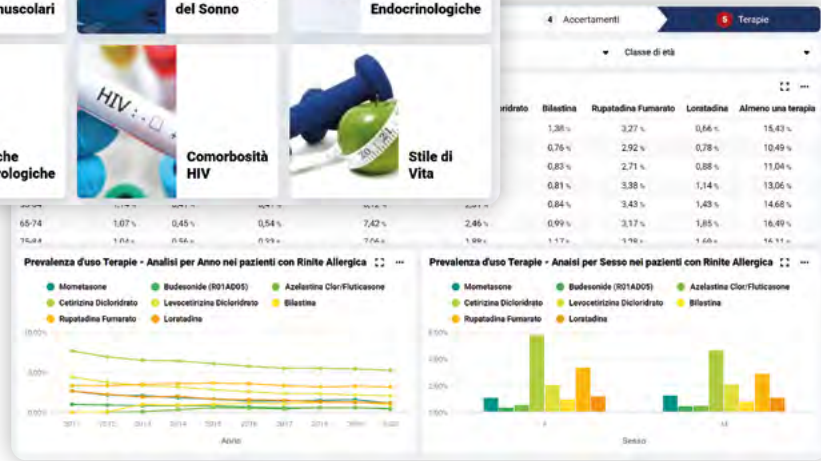
**Problematiche Metaboliche**

**Problematiche Gastroenterologiche**

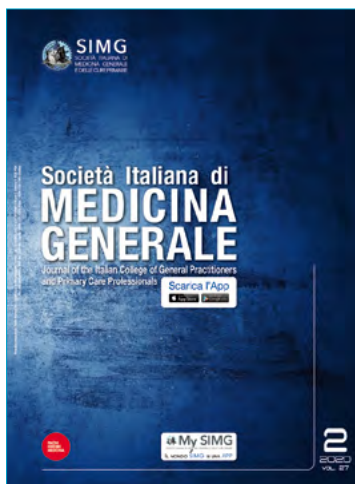
**Comorbosità HIV**

**Stile di Vita**

Cruscotti realizzati in base alle specifiche richieste dei Ricercatori Health Search e progettati per consentire la valutazione multidimensionale dei dati.



[www.healthsearch.it/dashboard](http://www.healthsearch.it/dashboard)



### Informativa Regolamentare

Ai sensi della legge 24 art 5,  
– qualunque raccomandazione contenuta nelle comunicazioni/riviste/publicazioni/software prodotte o sviluppate da SIMG o con il suo contributo  
e  
– parimenti qualunque dichiarazione, opinione e parere scientifico o professionale di soci di SIMG effettuati (a titolo meramente esemplificativo) nel corso di Convegni, Advisory Boards, Commissioni, Congressi, eventi scientifici o ECM qualora non esplicitamente autorizzate e condivise da SIMG

non costituiscono una Linea Guida o buona pratica clinica approvata da SIMG, non coinvolgono la responsabilità giuridica di SIMG, ma esclusivamente quella degli estensori e degli autori.

I contenuti esplicitamente approvati da SIMG con riferimento al suo stato giuridico di Società Scientifica accreditata ex Legge 24/17, art 5 sono esclusivamente quelli contraddistinti e contrassegnati con il logo "Approvato da SIMG".

# Istruzioni per gli Autori



<https://goo.gl/P5PNws>

La **Rivista della Società Italia di Medicina Generale e delle Cure Primarie** pubblica esclusivamente contributi focalizzati su temi inerenti la Medicina Generale.

Le richieste di pubblicazione devono essere indirizzate a:  
[rivista@simg.it](mailto:rivista@simg.it).

## Articoli

- Testo (esclusa bibliografia) entro i **12.000** caratteri spazi inclusi (secondo il conteggio fornito dalla funzione strumenti di Word). Estensioni maggiori vanno concordate con la Direzione che a sua discrezione potrà chiedere agli Autori una sintesi del testo.

**In caso di invio di articoli scientifici originali è obbligatorio sottoporre l'articolo in lingua inglese.**

- L'articolo dovrà comprendere un **riassunto** in lingua italiana **e possibilmente in lingua inglese** entro i 600 caratteri spazi inclusi.
- Vanno specificati: **titolo, autori, affiliazioni, indirizzo e-mail** per la corrispondenza

## Casi Clinici

- Testo (esclusa eventuale bibliografia) entro i **5.000** caratteri

## Iconografia

- Allegare le **didascalie** e **citare** le figure/tabelle nel testo e numerare progressivamente
- Inviare le immagini/tabelle in file separati dal testo
- Software e formato: testo in file Word (.doc o .docx); immagini preferibilmente in formato TIFF o EPS, risoluzione minima di 300 dpi e formato di 100 x 150 mm. Altri formati possibili: JPEG, PDF.
- Evitare immagini inserite direttamente nel file di Word

## Bibliografia Essenziale

- Entro le **10 citazioni**, numerate in ordine progressivo nel testo ed elencate al termine del manoscritto.
- Devono essere riportati i **primi 3 Autori**, eventualmente seguiti da et al.

Esempi di corretta citazione bibliografica per:  
articoli e riviste:

Schatzberg AF, Samson JA, Bloomingdale KL, et al. *Toward a biochemical classification of depressive disorders, X: urinary catecholamines, their metabolites, and D-type scores in subgroups of depressive disorders*. Arch Gen Psychiatry 1989;46:260-8.

libri:

Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins 1985.

capitoli di libri o atti di Congressi:

Cloninger CR. *Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Robins and Guze's method revisited*. In: Robins LN, Barret JE, editors. *The validity of psychiatric diagnosis*. New York: Raven Press 1989, pp. 74-85.

**L'ANGOLO DELLO SPECIALISTA**

# La gestione della terapia farmacologica con condroitina solfato nell'artrosi: dalle linee guida alla pratica clinica

Nicola Veronese

Università degli Studi di Palermo, Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro", Geriatria, Palermo

## Introduzione

L'artrosi (OA) è un'artropatia degenerativa che colpisce più comunemente le articolazioni delle ginocchia, mani, piedi e colonna vertebrale, anche se è relativamente comune in altre articolazioni come spalla e anca <sup>1</sup>.

Rappresenta la malattia reumatologica più comune ed è una delle principali cause di morbidità e disabilità cronica <sup>1</sup>. La sua prevalenza aumenta con l'età: secondo le stime mondiali il 9,6% degli uomini e il 18,0% delle donne sopra i 60 anni sono affetti da OA sintomatica <sup>2</sup>.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita si prevede che l'OA diventi la quarta causa principale di disabilità entro il 2020 <sup>3</sup>. Il principale evento fisiopatologico responsabile dell'OA è l'assottigliamento della cartilagine nelle articolazioni che provoca lo sfregamento delle ossa causando rigidità, dolore e alterazione del movimento con ridotta qualità della vita e un significativo onere sociale ed economico <sup>4</sup>.

Sebbene l'OA possa essere considerata a tutti gli effetti una patologia dell'anziano, sempre maggior letteratura ha riportato

che molti dei fattori di rischio (come l'obesità o l'attività sportiva a livello agonistico) sono tipici dell'adulto o addirittura del giovane e che l'intervento nelle fasi precoci può migliorare i diversi esiti tipici dell'OA dal dolore alla disabilità <sup>5</sup>.

Alcune recenti linee guida per la gestione dell'OA del ginocchio raccomandano una combinazione di misure non farmacologiche e farmacologiche per alleviare il dolore e migliorare la limitazione funzionale e la qualità della vita, anche nelle fasi precoci della condizione <sup>6</sup>.

Un ulteriore obiettivo è quello di rallentare la progressione delle modifiche della struttura articolare <sup>7</sup>. Tali obiettivi possono essere raggiunti con i SYSADOAs da prescrizione (*Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis*), tra cui condroitina solfato (CS) è sicuramente una delle molecole con più letteratura a supporto. In questo lavoro, si discuterà l'evidenza che supporta l'uso di CS di grado farmaceutico nel trattamento dell'OA, in particolare del ginocchio e dell'anca, dedicando spazio sia alla letteratura che all'aspetto di pratica clinica.

## Dalle linee guida alla pratica clinica

Nell'ambito della gestione dell'artrosi del ginocchio, dal punto di vista farmacologico, è importante ricordare che sono disponibili numerose linee guida <sup>6,8,9</sup>. Sebbene possano differire per alcuni particolari, spesso conseguenza della mancanza di alcuni prodotti reperibili nel paese da cui provengono le stesse linee guida, come nel caso americano <sup>8</sup>, tutte concordano col fatto che la gestione del paziente con OA del ginocchio deve essere progressiva e deve tenere conto del rapporto rischi/benefici associato a ciascun trattamento. In particolare, nelle fasi iniziali di OA del ginocchio è raccomandata una terapia di fondo (*background*) che possa non solo migliorare alcuni parametri clinici come il dolore, ma anche avere degli effetti strutturali sull'articolazione (ad es. la riduzione della degradazione della cartilagine articolare).

In tal senso, un approccio condivisibile e supportato da importante letteratura scientifica <sup>6</sup> è quello di raccomandare i SYSADOA di grado farmaceutico come terapia di fondo e il ricorso alla persistenza dei sin-

## Conflitto di interessi

L'Autore dichiara di aver ricevuto finanziamenti o ha in atto contratti o altre forme di finanziamento con IBSA, Mylan, Viatrix, Fidia, MSD.

**How to cite this article:** Veronese N. La gestione della terapia farmacologica con condroitina solfato nell'artrosi: dalle linee guida alla pratica clinica. Rivista SIMG 2022;29(4):40-42.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>



tomi ai farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) che potranno essere assunti in forma topica (indicati in caso di dolore lieve-moderato e maggiormente tollerabili) oppure orale (efficaci sul dolore più severo, ma associati a rischio di effetti collaterali a livello renale, gastrointestinale e cardiovascolare) <sup>6</sup>.

Nell'approccio clinico al paziente affetto da OA del ginocchio, in particolare nelle fasi iniziali, è importante dunque ricordare che l'effetto sul dolore dei SYSADOA è a lenta insorgenza. Risulta importante, pertanto, impostare sin dall'inizio una strategia combinata per la gestione del dolore del paziente che preveda una *background therapy*, ma anche una terapia antidolorifica al bisogno, con indicazioni chiare e precise sui dosaggi massimi consentiti e su come assumere la terapia in modo corretto al fine di evitare una bassa compliance al trattamento di fondo.

### Condroitina solfato: dati di efficacia dagli studi clinici

Tra i SYSADOA disponibili, uno dei più noti, con maggiori evidenze di efficacia clinica è CS. È importante ricordare che i principali studi che hanno suggerito l'efficacia clinica di questa molecola sono stati condotti usando CS a dosi farmacologiche, in forma di medicinale e, dunque, di alta qualità farmaceutica <sup>6</sup>. Tali prodotti, infatti, garantiscono una quantità sufficiente di CS per un effetto farmacologico adeguato a livello intracellulare nei condrociti, in grado di determinare poi l'attività antinfiammatoria, l'aumento della sintesi dei componenti della matrice cartilaginea (proteoglicani, collagene e acidi ialuronici) e la riduzione della degradazione della cartilagine, nonché la riduzione della necrosi e dell'apoptosi condrocitaria <sup>10</sup>.

Dal punto di vista clinico è sempre importante ricordare al paziente che la CS (come, in generale tutti i SYSADOA) è un farmaco *long-acting* e che l'effetto terapeutico si riscontra dopo alcune settimane di terapia <sup>6</sup> necessarie affinché la molecola espliciti la sua funzione a livello cellulare, interferendo con i meccanismi biochimici che governano l'osteoartrosi. Nella scelta del trattamento di un paziente affetto da OA bisogna cercare

di garantire innanzitutto il giusto dosaggio terapeutico e, vista la cronicità della terapia, prendere in considerazione forme farmaceutiche che possano agevolare l'assunzione per migliorare l'aderenza terapeutica. In tal senso, è importante sottolineare che la scelta di trattamenti che richiedono un minor numero di assunzioni giornaliere può aumentare l'aderenza da parte del paziente, soprattutto in caso di politerapia <sup>11,12</sup> e, nel caso di trattamento con CS, il dosaggio ottimale di CS è compreso tra 800 e 1200 mg come riportano Pavelka et al. <sup>25</sup>.

Sono numerose le evidenze che dimostrano l'efficacia del trattamento con CS a dosi farmacologiche per l'OA. Nel loro studio sull'OA dell'anca, Conrozier e Vignon <sup>13</sup> hanno dimostrato che CS portava a un miglioramento statisticamente significativo rispetto al placebo in molti parametri essenziali, come il dolore. Per quanto riguarda l'OA del ginocchio, la letteratura è più abbondante. Il gruppo di Uebelhart <sup>14,15</sup> ha condotto uno studio pilota e uno studio randomizzato controllato. Nello studio pilota, CS è stata associata a una stabilizzazione dell'ampiezza dello spazio dell'articolazione femorotibiale mediale (*joint space narrowing*, JSW), un importante parametro radiologico di progressione della condizione osteoartrosica. Nello studio randomizzato controllato con placebo, l'uso di CS ha condotto a un miglioramento dell'indice di Lequesne, un comune parametro per la disabilità usato in reumatologia. Nello stesso studio, la progressione radiologica dell'OA era più lenta nel gruppo trattato con CS rispetto al placebo. Tali evidenze suggeriscono che, oltre all'azione clinica, l'effetto di CS sul restringimento della rima articolare JSW ha fornito ulteriori prove a sostegno delle proprietà di modificatore strutturale di CS nell'OA del ginocchio. Tali importanti evidenze radiologiche sono state confermate da Michel et al. <sup>16</sup> in 150 pazienti trattati con OA del ginocchio. In uno studio prospettico aperto, Radrigàn et al. <sup>17</sup> hanno osservato dopo 3 mesi di trattamento un miglioramento del 44,4% nell'indice di Lequesne e del 56,8% (destra) e 61,7% (sinistra) della scala VAS nel dolore al ginocchio. Dopo ulteriori 3 mesi, i parametri erano ancora significativamente migliori rispetto ai valori basali. In tale studio, si è notato che l'effetto residuo

è stato più marcato nei pazienti < 65 anni e in quelli con minore danno radiologico alla valutazione basale. Kahan et al. <sup>18</sup> hanno studiato gli effetti di CS sulla progressione dell'OA del ginocchio dopo un periodo di trattamento di 2 anni. Il gruppo trattato con CS ha avuto una perdita ridotta di JSW minimo rispetto al gruppo PLB. La percentuale di pazienti con progressione radiografica  $\geq 0,25$  mm era inferiore nel gruppo CS rispetto al placebo. Anche il parametro dolore risultava migliorato più velocemente nel gruppo CS che nel gruppo trattato con placebo. Möller et al. <sup>19</sup> hanno riportato che dopo 3 mesi di terapia, CS risultava più efficace del placebo in termini di dolore, disabilità e riduzione dell'uso di paracetamolo al bisogno. Allo stesso tempo, nello studio di intervento di Wildi et al. <sup>20</sup>, il gruppo CS ha mostrato una perdita di volume di cartilagine significativamente inferiore rispetto al gruppo placebo già a 6 mesi, con una differenza significativa a 12 mesi.

Montfort <sup>21</sup> ha invece concentrato la propria attenzione su un altro aspetto dell'OA del ginocchio, cioè la sinovite, riportando che CS, a differenza di paracetamolo, ha ridotto la sinovite e i sintomi nei pazienti con gonartrosi. Lo studio ha inoltre dimostrato anche una diminuzione dei livelli sinoviali e plasmatici di chemochine infiammatorie nel gruppo trattato con CS, confermando ulteriormente un'importante azione antinfiammatoria.

È importante riportare lo studio di Reginster et al. <sup>22</sup> in quanto questi colleghi, confrontando il trattamento per 6 mesi con CS e celecoxib, hanno osservato che entrambi determinano riduzioni simili in termini di dolore e disabilità. Nello studio del gruppo Pelletier et al. <sup>27</sup> si è visto, inoltre, che sebbene CS e celecoxib abbiano registrato risultati altrettanto efficaci in una serie di parametri (miglioramento del versamento e/o il gonfiore articolare, punteggio totale WOMAC, punteggio del dolore WOMAC, riduzione del dolore valutato con scala VAS e la qualità della vita), il trattamento con CS era superiore a celecoxib nella riduzione della perdita di volume della cartilagine misurata mediante risonanza magnetica.

Morreale et al. <sup>23</sup>, confrontando CS con diclofenac, hanno osservato che diclofenac ha avuto un effetto sul dolore più rapido ma

che il trattamento con 1200 mg/die di CS è associato a un'efficacia sintomatica e sulla disabilità più duratura.

Dunque, dal punto di vista clinico la raccomandazione finale è quella di cercare di facilitare l'aderenza alla terapia ed evitare i *drop-out* attraverso l'uso di preparati farmaceutici a elevato contenuto di principio attivo, che garantiscano risultati di efficacia attesi e dimostrati negli studi, come l'uso di formulazioni quanto più pratiche per il paziente.

## Conclusioni

Le evidenze alla base dell'efficacia della CS di grado farmaceutico sono dunque moltissime ma è importante per il raggiungimento dei risultati di efficacia attesi prestare particolare attenzione ad aspetti pratici. In particolare, alla luce delle evidenze e delle più recenti linee guida, si raccomanda il trattamento con formulazioni medicinali che garantiscano un effetto farmacologico. Dal punto di vista pratico, al fine di aumentare l'aderenza al trattamento è opportuno ricordare al paziente che l'effetto di CS, una molecola dal meccanismo d'azione peculiare che agisce sugli equilibri biochimici che scatenano il processo osteoartrosico, richiede alcuni mesi di trattamento per essere espletato, ma che una volta raggiunto è durevole nel tempo, a differenza di quanto accade con gli antinfiammatori che agiscono esclusivamente sul sintomo del dolore, e da impiegare con cautela in base al profilo di rischio cardiovascolare o gastrointestinale del paziente. Infine, soprattutto nei pazienti che già assumono altri medicinali, è sempre utile ricorrere a formulazioni che richiedono un ridotto numero di assunzioni giornaliere e ben tollerate, soprattutto per trattamenti a lungo termine, come nel caso della terapia con SYSADOA per l'osteoartrosi.

## Bibliografia

- Reginster J-Y, Veronese N. Highly purified chondroitin sulfate: a literature review on clinical efficacy and pharmaco-economic aspects in osteoarthritis treatment. *Aging Clin Exp Res* 2021;33:37-47.
- Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics* 2013;39:1-19.
- Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet* 2019;393:1745-59.
- Xia B, Chen D, Zhang J, et al. Osteoarthritis pathogenesis: a review of molecular mechanisms. *Calcif Tissue Int* 2014;95:495-505.
- Vannini F, Spalding T, Andriolo L, et al. Sport and early osteoarthritis: the role of sport in aetiology, progression and treatment of knee osteoarthritis. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 2016;24:1786-96.
- Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2019;49:337-50.
- du Souich P. Absorption, distribution and mechanism of action of SYSADOAS. *Pharmacol Ther* 2014;142:362-74.
- Bannuru RR, Osani M, Vaysbrot E, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil* 2019;27:1578-89.
- Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, et al. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: the chronic osteoarthritis management initiative of the US bone and joint initiative. *Semin Arthritis Rheum* 2014;43:701-12.
- Volpi N, Mantovani V, Galeotti F, et al. Oral bio-availability and pharmacokinetics of non-animal chondroitin sulfate and its constituents in healthy male volunteers. *Clin Pharmacol Drug Dev* 2019;8:336-45.
- Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J* 2011;26:155.
- Toh MR, Teo V, Kwan YH, et al. Association between number of doses per day, number of medications and patient's non-compliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Prev Med Rep* 2014;1:43-7.
- Conrozier T, Vignon E. Effet du sulfate de chondroïtine dans le traitement de l'arthrose de la hanche. *Etude en double aveugle versus placebo* *Litera Rheum* 1992;14:69-75.
- Uebelhart D, Eugene J-MT, Delmas PD, et al. Effects of oral chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis: a pilot study. *Osteoarthr Cartil* 1998;6:39-46.
- Uebelhart D, Malaise M, Marcolongo R, et al. Intermittent treatment of knee osteoarthritis with oral chondroitin sulfate: a one-year, randomized, double-blind, multicenter study versus placebo. *Osteoarthr Cartil* 2004;12:269-76.
- Michel BA, Stucki G, Frey D, et al. Chondroitins 4 and 6 sulfate in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheumatol* 2005;52:779-86.
- Radrián F, Gutiérrez M, Neira Ó, et al. Estudio de la Eficacia del Condroitín 4 y 6 Sulfato en los Síntomas de la Artrosis de Rodilla. *Reumatología* 2007;23:33-41.
- Kahan A, Uebelhart D, De Vathaire F, et al. Long-term effects of chondroitins 4 and 6 sulfate on knee osteoarthritis: The study on osteoarthritis progression prevention, a two-year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis & Rheumatism: Official Arthritis Rheumatol* 2009;60:524-33.
- Möller I, Pérez M, Monfort J, et al. Effectiveness of chondroitin sulphate in patients with concomitant knee osteoarthritis and psoriasis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Osteoarthr Cartil* 2010;18:S32-40.
- Wildi LM, Raynaud J-P, Martel-Pelletier J, et al. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. *Ann Rheum Dis* 2011;70:982-9.
- Monfort J, Escudero P, Orellana C, et al. Chondroitin sulfate decreases chemokine levels and synovitis in knee osteoarthritis patients. *Arthritis Rheum* 2012;64:1101.
- Reginster J-Y, Dudler J, Blicharski T, et al. Pharmaceutical-grade Chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CElecoxib versus Placebo Trial (CONCEPT). *Ann Rheum Dis* 2017;76:1537-43.
- Morreale P, Manopulo R, Galati M, et al. Comparison of the antiinflammatory efficacy of chondroitin sulfate and diclofenac sodium in patients with knee osteoarthritis. *Int J Rheumatol* 1996;23:1385-91.
- Bourgeois P, Chales G, Dehais J, et al. Efficacy and tolerability of chondroitin sulfate 1200 mg/day vs chondroitin sulfate 3x 400 mg/day vs placebo. *Osteoarthr Cartil* 1998;6:25-30.
- Pavelka K, Manopulo R, Bucsi L. Double-blind, dose-effect study of oral chondroitin 4 & 6 sulfate 1200 mg, 800 mg, 200 mg, and placebo in the treatment of knee osteoarthritis. *Litera Rhum* 1999;24:21-30.
- Zegels B, Crozes P, Uebelhart D, et al. Equivalence of a single dose (1200 mg) compared to a three-time a day dose (400 mg) of chondroitin 4&6 sulfate in patients with knee osteoarthritis. Results of a randomized double blind placebo controlled study. *Osteoarthr Cartil* 2013;21:22-7.
- Pelletier J-P, Raynaud J-P, Beaulieu AD, et al. Chondroitin sulfate efficacy versus celecoxib on knee osteoarthritis structural changes using magnetic resonance imaging: a 2-year multicentre exploratory study. *Arthritis Res Ther* 2016;18:1-12.

# La gestione del paziente depresso da parte del medico di medicina generale: *case reports*

**Daiana Taddeo**

Medico di Medicina Generale, ATS Milano

## Giovani e depressione

### Presentazione e storia clinica

Il primo caso clinico è quello di una giovane donna di 27 anni, assistita dal proprio medico di medicina generale (MMG) dal 2017. Renata ha avuto una diagnosi di depressione nel 2018 ed era stata trattata con vortioxetina 10 mg cpr per tutto il 2018.

Successivamente, aveva ritenuto opportuno sospendere il farmaco autonomamente perché non ne ravvisava più la necessità essendosi sentita molto meglio. Questo è quanto aveva raccontato al proprio MMG durante una visita presso il proprio ambulatorio nel 2019. Per il MMG non era stata una scelta completamente sbagliata in quanto il farmaco era stato mantenuto per più di 8 mesi e le condizioni cliniche generali della giovane sembravano essere davvero in uno stato di equilibrio psicofisico.

Durante il periodo della pandemia da SARS-CoV-2, Renata non aveva più avuto contatti con il proprio curante e nell'agosto 2021 aveva chiesto di poter essere accolta nell'ambulatorio del MMG per astenia e dolore al petto. Alla visita riferiva insonnia non costante, accompagnata da ore di sonno diurno, senso di debolezza e soprattutto un nuovo e strano dolore precordiale. All'esame obiettivo, i parametri vitali erano buoni. La pressione arteriosa (PA) aveva valori di 100/70 mmHg, la frequenza cardiaca (FC)

98 bpm ritmica. All'auscultazione del torace nessuna alterazione degna di nota e a livello addominale la palpazione dell'addome mostrava un addome trattabile, se non in regione epigastrica ove la paziente riferiva più che dolore un senso di fastidio, tipo da "compressione, come se ci fosse stata tanta aria". Non aveva mai avuto innalzamento della temperatura corporea. Alle domande rispetto all'alvo e alla diuresi, nulla da segnalare. La sua alimentazione, piuttosto selezionata, non era collegabile a una ipotesi diagnostica di reflusso gastroesofageo.

Data la sintomatologia, il MMG decideva di prescrivere in urgenza una serie di esami ematochimici di controllo e una visita cardiologica che potesse escludere una genesi cardiaca del dolore toracico.

Dopo 4 giorni dalla visita, Renata fa ritorno nell'ambulatorio del MMG con i risultati degli esami e della visita cardiologica e tutti fortunatamente senza esiti di rilievo. Esclusa l'ipotesi cardiologica del dolore toracico e stante a una continuità dei sintomi riferiti, il MMG decideva quindi di indagare maggiormente su questi sintomi. Durante il colloquio, emergeva che Renata aveva vissuto da sola in tutti i mesi della pandemia fuori dall'Italia per motivi lavorativi e questa cosa le aveva creato un senso di sofferenza che per lei era diventata una sorta di elemento favorevole per darle contezza del fatto che fosse diventata forte e responsabile, tanto da poter

affrontare la quotidianità con una prontezza maggiore rispetto a prima. Il ritorno in Italia per le vacanze estive era stato caratterizzato dalla comparsa di questi sintomi e da una inverosimile tristezza, inspiegabile perché invece di divertirsi stava male.

Il MMG, conoscendo Renata da un po' di anni e avendola vista durante il periodo in cui le era stato diagnosticato l'episodio di depressione nel 2018, propone a Renata di fare una visita presso lo specialista psichiatra per stabilire se si fosse ritrovata dinanzi a una riesacerbazione della malattia. Renata, con non poche reticenze, conferma che si sarebbe sottoposta alla visita psichiatrica.

### Trattamento ed esiti

Renata decideva di tornare in visita dallo specialista che l'aveva avuta in cura nel 2018 ma purtroppo non era disponibile in quei giorni perché aveva contratto il COVID. Pertanto, dovendo lei ripartire a breve per lavoro, aveva deciso di incontrare un altro specialista. Durante la visita non aveva parlato molto ma, a suo dire, aveva raccontato quanto necessario per spiegare la sua sensazione di astenia e quel senso di dolore al petto che ormai da inizio agosto si presentava sia durante il giorno che durante la notte. Lo specialista aveva definito che Renata stesse vivendo uno stato ansioso probabilmente legato a tutti gli eventi della pandemia

### Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara di aver effettuato consulenze per conto di Angelini, Lundbeck e Roche.

**How to cite this article:** Taddeo D. La gestione del paziente depresso da parte del medico di medicina generale: *case reports*. Rivista SIMG 2022;29(4):43-45.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

e dei suoi spostamenti, comprese anche le nuove responsabilità lavorative. Le veniva prescritto alprazolam 10 gtt mattino e sera per una decina di giorni, con una dose aggiuntiva durante il giorno se necessario, per poi passare a 10 gocce per una ventina di giorni solo la sera e rivedersi per un controllo a un mese.

Renata scriveva una mail al proprio MMG per metterlo al corrente dell'esito della visita specialistica e richiedeva una prescrizione di visita psichiatrica di controllo per poter già prenotarla per il mese successivo.

Dopo 8 giorni dalla visita psichiatrica, Renata chiamava il proprio MMG perché era al lavoro all'estero e si era sentita male. L'indomani sarebbe stata in Italia e voleva vederlo per raccontargli i sintomi. Era molto spaventata e il MMG nel confermarle la visita presso il proprio ambulatorio si era sincerato che avesse assunto le gocce di alprazolam riconoscendo un verosimile attacco di panico.

### Conclusioni

All'arrivo presso l'ambulatorio, Renata era con il volto pallido e sudato. Le prime parole che aveva riferito al MMG erano legate al fatto che non dormiva da 3 notti, che da quando era ripartita aveva percepito un senso di vuoto e di infinita tristezza, non aveva assolutamente appetito, al lavoro era scollegata e non riusciva a concentrarsi, era impaurita del futuro e sebbene il dolore toracico fosse diminuito di entità credeva sempre di morire da un momento all'altro e le gocce non avevano effetto alcuno.

Il MMG constatato che i parametri vitali erano buoni, descrive a Renata che quello che lei riferisce non è solo legato allo stress ma è una vera e propria diagnosi di depressione in stato ansioso. Così prescrive vortioxetina 10 mg cpr per i primi 10 giorni, lasciando alprazolam 7 gocce la sera; poi vortioxetina 15 mg per altri 10 giorni e infine il passaggio a vortioxetina 20 mg cpr. Ovviamente al passaggio a 15 mg, invita Renata a essere rivalutata in ambulatorio per la continuazione dell'alprazolam. Durante la visita presso l'ambulatorio del MMG, Renata riportava che i sintomi legati all'ansia erano molto migliorati anche se non del tutto e considerava grandioso di essere stata in grado di dormire per più ore continuative, senza risvegli a partire dalle due notti precedenti alla visita. Riferiva di non aver avuto problemi di nausea e che non era cambiato nulla nelle sue abitudini alimentari,

cosa che invece la impauriva riguardo all'utilizzo degli antidepressivi. Non era ancora completamente a suo agio pensando all'attenzione richiesta al lavoro e infatti durante la visita aveva chiesto più volte se l'aumento della dose del farmaco avrebbe significato un'ulteriore modifica della sua condizione di salute soprattutto in riferimento all'ansia e alla concentrazione. Interessante notare come il problema dell'insonnia era già quasi divenuto secondario rispetto al primo incontro con il proprio MMG. Salutandosi, Renata e il MMG rimanevano d'accordo di concordare una visita psichiatrica al fine di una condivisione della presa in carico e delle terapie con lo stesso specialista psichiatra al massimo a 2 mesi dall'inizio della terapia con vortioxetina.

## La gestione del medico di medicina generale nel caso di una donna con depressione in comorbidità con una patologia neurologica

### Presentazione e storia clinica

Ada è una donna di 61 anni affetta da sclerosi multipla.

La sua storia clinica inizia nel 2003 con un subacuto impaccio motorio agli arti inferiori e una successiva visita neurologica che a seguire avrebbe determinato una diagnosi tramite risonanza magnetica positiva per patologia demielinizante in forma progressiva primaria.

Il suo medico di medicina generale (MMG) di allora la seguirà fino al 2019, quando lui andrà in pensione.

Nel 2004 iniziava terapia con azatioprina per 1 anno e mezzo. Poi Ada decide di sospendere in autonomia la terapia.

Dalla visita di controllo neurologica si evinceva bassa compliance globale della paziente già prima della sospensione dei farmaci assunti.

### Trattamento ed esiti

Nel 2010 Ada giunge presso l'ambulatorio del proprio MMG per metterlo al corrente della sua scelta, contestualizzandola in un momento di vita in cui si sentiva bene e secondo lei senza necessità di dover assumere alcuna terapia.

Sul finire dell'anno però Ada si sottoponeva a un trattamento chirurgico per CCSVI (insufficienza venosa cerebro-spinale cronica) con miglioramento del disequilibrio (causa principale dell'invalidità deambulatoria). Dato l'intervento chirurgico e le circostanze assolutamente non positive delle condizioni di salute, Ada ritornava dal MMG che poneva maggiormente l'attenzione agli esiti del trattamento chirurgico e alle condizioni fisiche della paziente, correlando anche la sua faticabilità e spossatezza alla diagnosi primaria e non accorgendosi di un verosimile umore depresso di Ada.

Gli stessi familiari associavano lo stato di tristezza di Ada alla diagnosi ma nessuno considerava l'aspetto psichiatrico di quei segni e sintomi.

Tra il 2010 e il 2012 Ada cambierà tre Centri Sclerosi Multipla in Italia, si iscrive all'associazione dei malati ma non fa mai riferimento a questa perché dice di "sentirsi ancora più malata".

Nel 2011 non tollera la tizanidina cloridrato e viene avviata a cicli di fisioterapia.

Nel 2012 assumerà gabapentin con scarso beneficio e proseguirà il trattamento riabilitativo. La sua condizione è quella di una paraparesi iperreflessica asimmetrica e atassia.

Nel 2014 un netto miglioramento sarà raggiunto con nabiximols e fisioterapia.

Nel 2017 una nevralgia trigeminale (II-III branca sn), non responsiva a steroidi e lamotrigina la costringerà all'assunzione, nonostante gli effetti collaterali marcati, della carbamazepina e al finale step di trattamento con *cyber knife* con marcato beneficio sulla nevralgia trigeminale.

Con il sopraggiungere della primavera del 2018, Ada chiede di essere visitata presso l'ambulatorio del MMG dopo mesi che non si vedevano; ma stavolta per un evento acuto ovvero una faringite. Durante la visita l'MMG si accorgeva della situazione sempre più scadente dell'umore di Ada e decideva di prescriverle paroxetina 20 mg cpr. Ada accetta di buon grado la prescrizione del proprio MMG ma, a ridosso dell'estate, decide in autonomia di non assumere più paroxetina perché negli ultimi 2 mesi aveva aumentato di 3 kg il suo peso.

Alla fine del 2018 Ada subisce un peggioramento della sua malattia principale, con perdita parziale della sua autonomia, uno stravolgimento netto dei ritmi quotidiani a cui era abituata e quindi un conseguente scadimento della propria percezione del suo ruolo sociale. Decide pertanto di abbandonare il lavoro e a questo si assocerà la consapevolezza dell'irreversibilità della malattia, di cui ha sempre voluto saperne poco e da cui è scaturito però negli anni un senso di colpa nei confronti dei familiari a causa del disagio creato. Ovviamente i livelli di stress di Ada e l'ansia legata all'evolversi della malattia hanno funto da elementi per una prescrizione di visita psichiatrica da parte del MMG.

Durante la visita emergerà che nonostante tutto Ada non ha problemi di insonnia e né di anedonia. Inoltre, Ada inizia la visita psichiatrica affermando che difficilmente assumerà farmaci perché già provati e non ha avuto risultati. Dalla la scarsa collaborazione di Ada, lo specialista psichiatra decide di consigliarle un bravo psicologo che possa esserle di iniziale sostegno.

Ada sarà in terapia per un annetto. Poi nel 2018 cade fratturandosi il femore e la ripresa della deambulazione sarà affidata dopo mesi all'aiuto di un appoggio laterale

con un'autonomia solo per qualche decina di metri.

### Conclusioni

Siamo al 2019 e Ada conosce il suo nuovo MMG in concomitanza dei risultati della risonanza magnetica di controllo che riportava una malattia stabile non attiva. In concomitanza di ciò, Ada, raccontando la sua storia clinica, ammette che da qualche giorno dopo l'esito della risonanza – sebbene ovviamente molto contenta di questa svolta nel decorso della sua malattia – aveva iniziato a piangere di continuo, di non riuscire a dormire bene e che al mattino ha tanta voglia di restare a letto e poca voglia di vestirsi e truccarsi. Tutto questo ha concomitato con la morte di un'amica affetta anche lei da sclerosi multipla.

Il MMG ravvisava, stavolta, anedonia e umore depresso e valutando altri sintomi concomitavano difficoltà della concentrazione e perdita di peso.

Il MMG non decide di inviare subito Ada dallo psichiatra ma prescrive vortioxetina 10 mg cpr per i primi 7 giorni, poi vortioxetina 15 mg per altri 15 giorni e infine il passaggio a vortioxetina 20 mg cpr.

Al passaggio a 15 mg, invita Ada a essere valutata in ambulatorio e consiglia di concordare la visita psichiatrica per la condi-

visone della presa in carico e delle terapie con lo specialista entro 2 mesi dall'inizio della terapia con vortioxetina.

Al momento del passaggio della terapia con vortioxetina a 20 mg il MMG rivedeva Ada prima della suddetta visita psichiatrica per altri motivi legati al follow-up della malattia neurodegenerativa di questa paziente. Durante il colloquio risultava evidente l'impatto della terapia sui livelli di anedonia sviluppati da Ada, come pure sull'*emotional blunting*, e le sue energie fisiche ed emotive apparivano alla stessa Ada differenti ripensando ai 2 mesi precedenti. Per Ada rimaneva ancora un punto da risolvere, il timore di non riuscire poi a staccarsi dagli effetti dell'antidepressivo e proprio durante quella visita dal MMG erano stati discussi i tempi di trattamento minimo e modalità di dimissione dalla terapia quando sarebbe stato possibile. Infine, Ada si dimostrava molto più compliant all'incontro con lo specialista psichiatra e riferiva di essere pronta alla visita con un diario quotidiano dei sintomi che persistevano e dei sintomi scomparsi così da essere il più possibile chiara nel raccontare la sua situazione allo specialista. L'appuntamento con il proprio MMG era stato concordato proprio dopo la consulenza psichiatrica.