



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

Periodico bimestrale. Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 633/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA
 Aut. trib. di Firenze n. 6337 del 12-05-94 - Dicembre - ISSN 1724-1375 (Print) - ISSN 1724-1383 (Online)



6
 2020
 VOL. 27



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

Rivista Società Italiana di Medicina Generale

6
2020
VOL. 27

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@pacineditore.it

Divisione Pacini Editore Medicina

Andrea Tognelli

Medical Projects and Publishing Director
Office: 050 3130255 • Mail: atognelli@pacineditore.it

Fabio Poponcini

Sales Manager
Office: 050 3130218 • Mail: fpoponcini@pacineditore.it

Alessandra Crosato

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

Manuela Mori

Advertising and New Media Manager
Office: 050 3130217 • Mail: mmori@pacineditore.it

Redazione

Lucia Castelli

Office: 050 3130224 • Mail: lcastelli@pacineditore.it

Grafica e impaginazione

Massimo Arcidiacono

Office: 050 3130231 • Mail: marcidiacono@pacineditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini • Pisa

Editoriale

C. Cricelli.....3

XIII Report Health Search

Edizione 2020.....5

37° Congresso Nazionale SIMG

Abstract.....59

Medicina Pratica

La vaccinazione influenzale nell'anno della pandemia da COVID-19

A. Rossi, F. Lapi.....91

Inserto Speciale

HS-Newsletter

Finito di stampare presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl - Dicembre 2020. 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 ad 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.pacineditore.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/. Per comunicazioni/informazioni: privacy@pacineditore.it



www.facebook.com/pacinimedica
www.pacinimedica.it

Non era mai accaduto a memoria di tutti noi una cosa del genere.

1. Non solo la pandemia, con l'inatteso e imprevedibile (?) insieme di circostanze e cambiamenti della nostra vita professionale e personale.
2. Parlo soprattutto degli altri cambiamenti ai quali si presta meno attenzione ma che saranno determinanti da ora in poi.
3. Non abbiamo mai appreso e imparato una quantità di informazioni, conoscenze scientifiche, notizie e comunicazioni come e quanto negli ultimi dieci mesi.
4. A memoria d'uomo non sono mai stati pubblicati tanti articoli scientifici dedicati, inerenti o correlati al coronavirus come nel 2020. Il 2021 si preannuncia ancora più intenso considerando la mole di dati, conoscenze e studi sulla malattia COVID-19 e sul suo trattamento e prevenzione.
5. Non è mai stata studiata, realizzata, sperimentata e prodotta una tale quantità di prodotti medicinali, inclusi i vaccini, gli antivirali e gli anticorpi monoclonali come negli ultimi 12 mesi. Tutte le tecnologie anche sperimentali disponibili sono state utilizzate. I vaccini genici, la vaccinologia inversa applicata alla ricerca di anticorpi monoclonali, l'uso di vettori virali, le tecniche geniche poco più che sperimentali sono state trasferite dalla fase di ricerca a quella di sviluppo e produzione in tempi inimmaginabili una volta.
6. Questo incredibile incremento di conoscenze, studi e applicazioni si è riversato sulle professioni sanitarie e in particolare sui medici, producendo un'immediata reazione da parte dei professionisti. Non si era mai visto un tale bisogno di conoscenze, mai vista un'urgenza di apprendere come in questi mesi.
7. Solo SIMG ha prodotto una trentina di FAD alle quali hanno partecipato cumulativamente alcuni milioni di utenti.
8. Soprattutto abbiamo assistito a una traslazione immediata delle conoscenze apprese in abilità operative. Tutto ciò che i medici hanno imparato è stato messo immediatamente in pratica senza i ritardi e le lentezze del passato. Tutto ciò che si è potuto fare è stato fatto.
9. Tecnologie e tecniche di comunicazione nuove e altre più tradizionali riadattate, meccanismi e procedure di comunicazione con sviluppi incrementali impensabili. Basti pensare alla moltiplicazione per un fattore dieci delle telefonate, dei whatsapp, degli sms, delle videochiamate trasformate in videoconsulti, della diagnostica a distanza seppure con mezzi rudimentali ma efficaci.
10. Abbiamo distribuito e fatto acquistare centinaia di migliaia di pulsossimetri prima che qualcuno li regalasse tardivamente in farmacia. Abbiamo monitorato milioni di diabetici, di cardiopatici, di ipertesi, di pazienti anziani fragili e cronici.
11. A molti tutto ciò è apparso normale o addirittura arrangiatuccio, frutto di improvvisazione.
12. Al contrario a fronte di una palese incapacità della sanità pubblica di attivare una catena di comando-controllo e trasferimento di indirizzi e informazioni, tutte le esigenze informative e formative sono state totalmente a carico delle maggiori Associazioni mediche.
13. L'inefficienza dell'edificio ECM è stata clamorosa. Per le nostre FAD abbiamo versato cifre elevatissime ad Agenas senza aver ricevuto MAI un solo contributo per la formazione dei medici.
14. L'ECM è percepita come una gabella che bisogna pagare per svolgere le funzioni che non svolgono lo Stato e le Regioni. Di questo occorrerà immediatamente parlare.



A dispetto della disinformazione mediatica e della latitanza delle istituzioni sanitarie che hanno assunto proporzioni scandalose e toni al limite della calunnia, la Medicina Generale ha mostrato tutta la sua innata, intrinseca capacità di reazione, utilizzando i tradizionali punti di forza e dimostrando l'assoluta bontà.

- Prossimità ai cittadini e alle comunità.
- Riconoscimento del medico di famiglia e dei suoi presidi come riferimento primario di informazione, cura e consiglio. A parte il diluvio continuo di informazioni diffuse da molti "esperti" sui media, la popolazione del Paese ha avuto un solo interlocutore certo cui rivolgersi: il medico di medicina generale.

How to cite this article: Cricelli C. Editoriale. Rivista SIMG 2020;27(6):3-4.

© 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>

- Utilizzazione intensiva di strumenti digitali e della cartella clinica, tempestivamente aggiornati sotto la nostra supervisione, eliminazione del cartaceo nella prescrizione, estensione della prescrizione di farmaci (nota 97, ecc.).
- Capacità di rispondere ai bisogni assistenziali durante il lockdown con strumenti sostitutivi e sussidiari.
- Immediata capacità di reazione e di apprendimento ed esecuzione di nuovi compiti, incluso l'esecuzione di tamponi diagnostici e dei vaccini anti COVID-19 in arrivo.
- Capacità di riorganizzare gli studi medici, gli accessi, la protezione individuale, l'utilizzo dei dispositivi di protezione sempre carenti, mai sufficienti.

A quanti si pongono il problema di come occorrerà modificare radicalmente la struttura del nostro SSN e della Medicina Generale, noi rispondiamo che la maggior parte delle risposte stanno in esigenze che conoscevamo da molto tempo.

Oggi nessuno ha più dubbi sui quattro capisaldi di qualunque riforma:

- il SSN deve essere costruito intorno al Sistema territoriale di cure;
- il Sistema territoriale di cure deve essere costruito intorno alla Medicina Generale;
- la Medicina Generale deve essere inserita a pieno titolo nella catena di comando, controllo, dotazione di risorse, personale e allocazione di parte corrente del SSN e Regionale;
- gli standard di dotazione, personale, strutture professionali, standard ICT devono essere definiti contrattualmente. Le risorse necessarie allo svolgimento delle attività professionali devono essere identificate e allocate sulla base degli standard definiti.

Queste considerazioni rappresentano la base della ormai imminente e non rimandabile apertura del percorso di radicale revisione del sistema di cure primarie del nostro Paese.



Report Annuale --- 2020

XIII Report Health Search

Istituto di ricerca della SIMG:
Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente report sono consentite fatti salvi la citazione della fonte ed il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati; si faccia riferimento alla nota in calce circa la licenza OPEN ACCESS.

© Copyright 2020 by S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)
Via del Sansovino, 179 – 50142 Firenze

Impaginazione e grafica:
Fabio Mazzoni

Questo report è disponibile per libera consultazione e download nel sito web: www.healthsearch.it

Per informazioni in merito ai dati in esso contenuti è possibile contattare l'istituto di ricerca SIMG-Health Search alla casella e-mail: info@healthsearch.it

Contributi

Si ringraziano i responsabili delle seguenti Macro-Aree Cliniche e Progettuali SIMG: Pierangelo Lora Aprile (Fragilità), Damiano Parretti (Cronicità), Gerardo Medea (Prevenzione), Alessandro Rossi (Patologie Acute).



OPEN ACCESS

Tutti i contenuti del presente XIII Report Health Search (SIMG) sono divulgati in base alla licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale) e possono essere usati 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>

Health Search, Istituto di Ricerca della S.I.M.G.

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Presidente SIMG: Claudio Cricelli

Direttore della Ricerca: Francesco Lapi

Consulente scientifico: Ettore Marconi

Analisi Statistiche HS: Elisa Bianchini, Alessandro Pasqua,
Serena Pecchioli, Monica Simonetti

Gruppo di lavoro del presente Rapporto

Coordinamento Scientifico: Francesco Lapi, Ettore Marconi.

Autori: Pierangelo Lora Aprile, Elisa Bianchini, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli, Francesco Lapi, Gerardo Medea, Alessandro Pasqua, Serena Pecchioli, Monica Simonetti, Francesco Paolo Lombardo.

Ricercatori del Network "Health Search"

I nostri ringraziamenti vanno in particolare a tutti i medici ricercatori del network Health Search-IQVIA LPD che partecipano e collaborano al Progetto Health Search con pazienza, senso del dovere, competenza ed interesse (per ragioni legate alla normativa attuale in tema di privacy non è purtroppo possibile pubblicare l'elenco dei nominativi).

IQVIA

IQVIA è un'azienda globale di analisi avanzate, soluzioni tecnologiche e servizi di ricerca clinica per il settore Life Science. Sfruttando le caratteristiche degli elementi distintivi dell'IQVIA CORE™, IQVIA offre insight unici combinando la capacità di esecuzione con analytics su enormi quantità di dati, tecnologia d'avanguardia e competenza di settore. Nata dalla fusione tra IMS Health e Quintiles, IQVIA è presente in oltre 100 paesi con 67.000 dipendenti.

Per saperne di più, visita www.iqvia.com

Introduzione

a cura del **Presidente Nazionale SIMG**

Claudio Cricelli

Ci sono voluti più di venti anni perchè **Health Search** fosse riconosciuto come una delle risorse dati di riferimento per la popolazione Italiana dall'Istat, l'istituzione dello Stato che riceve, analizza i dati e genera informazioni e statistiche per il nostro Paese.

Ma a conferma della maggior età raggiunta, un'altra istituzione dello Stato utilizzerà tra poco i dati dei Medici di Famiglia della SIMG. Infatti il Ministero della Salute, attraverso l'Ufficio della Programmazione Sanitaria, ha fatto analoga richiesta di utilizzazione di Health Search per realizzare alcuni progetti finalizzati che consentiranno alla Pubblica Amministrazione di analizzare dati e flussi amministrativi integrati con i dati clinico-assistenziali della Medicina Generale.

Inoltre è stata riattivata la storica collaborazione con **AIFA** per la realizzazione del **rapporto Osmed**. Infine Health Search e SIMG stanno per avviare un percorso di integrazione con la **Fondazione ReS** che svolge tra le altre funzioni di analisi dei fenomeni sanitari e che svilupperà ricerche integrate sui ricoveri ospedalieri e le SDO.

Queste collaborazioni hanno un triplice significato e generano ulteriore inestimabile valore aggiunto:

1. Health Search è ormai un riferimento scientifico per tutte le realtà di salute pubblica Nazionali e Internazionali. Istat procederà alla sua validazione come Database rappresentativo della complessiva Popolazione Italiana, confermando il rigore e la attenzione con la quale lo abbiamo realizzato, costruito e mantenuto negli anni, insieme ai nostri attuali partner di **IQVIA** (precedentemente Cegedim e poi IMS).
2. Health Search apporta inoltre dati carenti o assenti nei database sanitari pubblici e privati. Anzi è l'unica fonte riconosciuta di dati clinici di tutta la popolazione adulta del nostro Paese consentendo al SSN ed alla Pubblica Amministrazione italiane di elaborare analisi e progetti per rendere maggiormente efficiente il nostro Sistema Sanitario ed il Sistema Paese.
3. Health Search, attraverso il contributo ormai ventennale offerto alla ricerca Scientifica anche mediante le sue pubblicazioni internazionali, si pone come la fonte autorevole di analisi dei fenomeni sanitari in relazione alle soluzioni regolatorie, di organizzazione sanitaria, di efficienza dei servizi sanitari, di ottimizzazione dei processi professionali della Medicina Generale e di aumento di efficacia della nostra professione attraverso la pesatura degli "outcome" clinici.

Generazione di evidenze scientifiche epidemiologiche e demografiche, di informazioni complesse derivanti dalla attività della Medicina Generale, analisi economica grazie alla collaborazione con gli Economisti dell'Università di Tor Vergata, il contributo sull'evoluzione delle Cronicità nel nostro Paese contenuto nel **Rapporto "Osservasalute" dell'Università Cattolica di Roma** e innumerevoli altre collaborazioni, fanno di Health Search, Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale una istituzione centrale e determinante per tutti i processi informativi sanitari, sociali e dell'organizzazione sanitaria italiani.

Un risultato straordinario il cui merito va alla SIMG ed in particolare all'opera preziosa, infaticabile e rigorosa dei suoi ricercatori che giunti ormai alla terza generazione testimoniano con la loro opera non solo una straordinaria professionalità ma la eccellenza e la qualità delle Cure che i Medici di famiglia Italiani garantiscono ai cittadini di questo Paese.

Da ventidue anni noi dimostriamo che è possibile offrire una grande Sanità Pubblica delle Cure primarie, offrendo al contempo la totale valutabilità del lavoro. Siamo nei fatti la prima professione totalmente aperta alla terra promessa della "Accountability" da tutti auspicata ma mai realmente praticata.

Claudio Cricelli
Presidente Nazionale SIMG


IL NETWORK


I medici e la popolazione in studio





830 MEDICI RICERCATORI

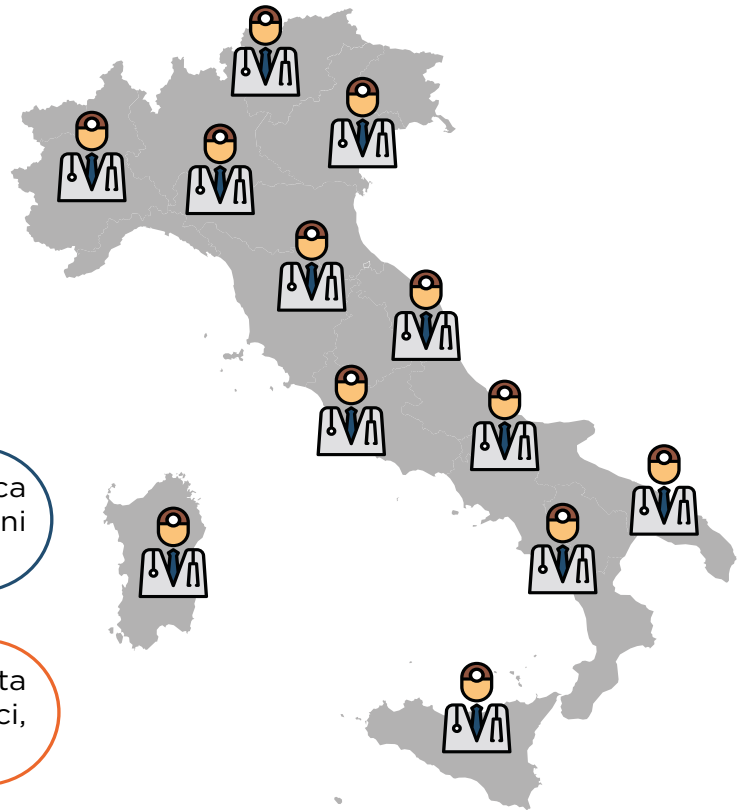
800 RICERCATORI VALIDATI

 Possibilità di confronti Geografici e Temporal

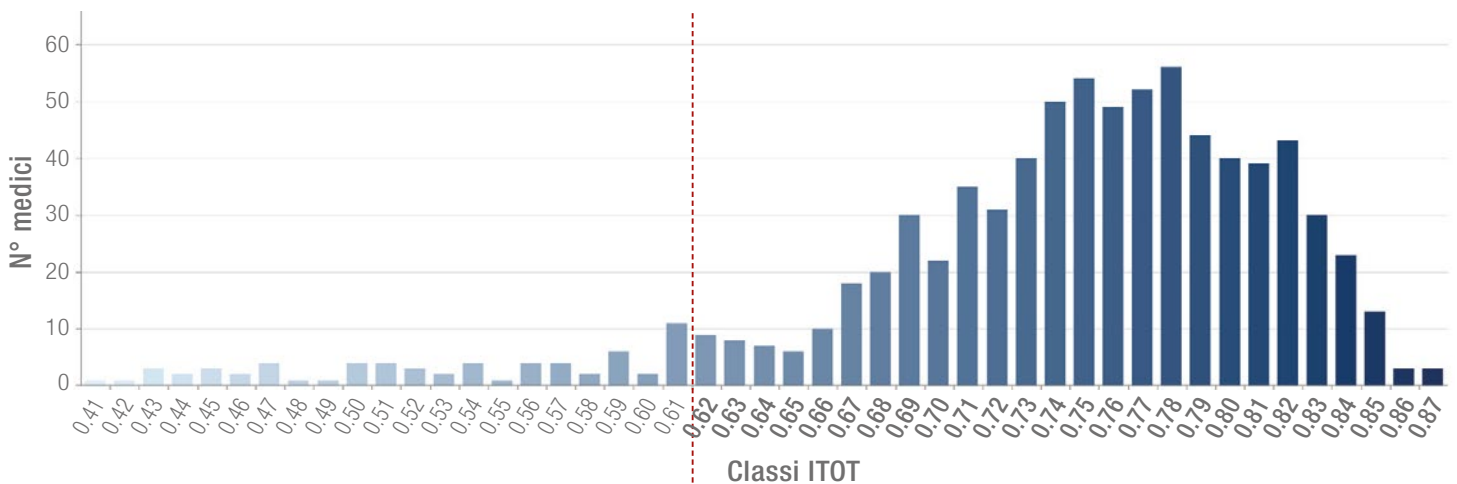
 Popolazione HS sovrapponibile a popolazione italiana ISTAT

 Analisi di "compliance" circa linee guida e/o raccomandazioni clinico-terapeutiche

 Rilevazione del dato accurata e completa sugli aspetti clinici, diagnostici e terapeutici



DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DELL' **INDICE ITOT**

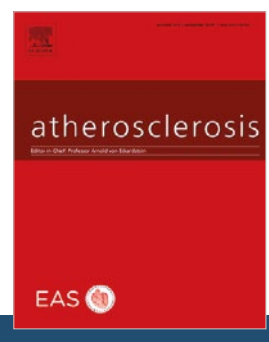
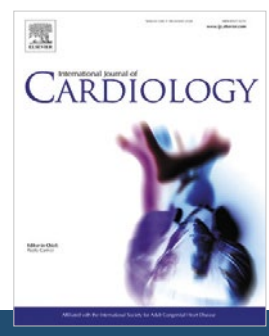


Soglia per arruolamento con affidabilità sufficientemente elevata

IL NETWORK

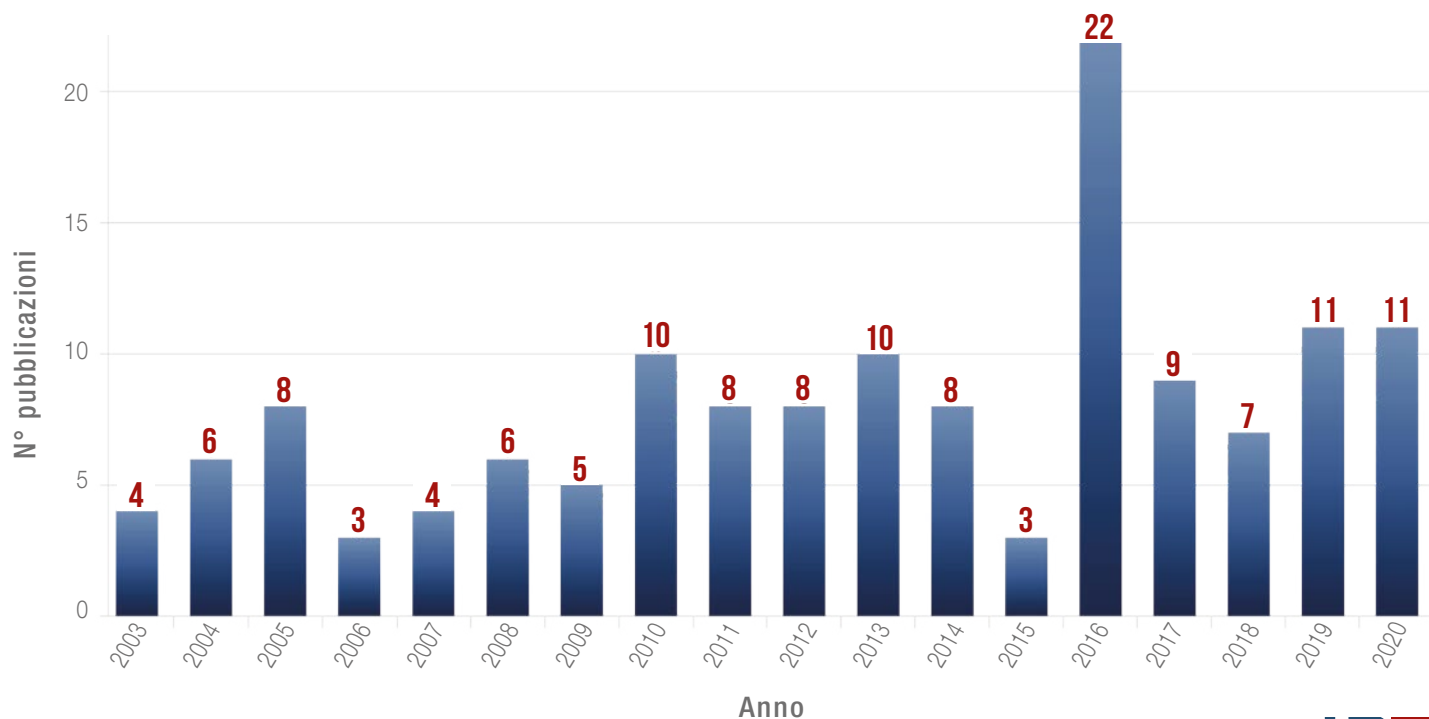
I medici e la popolazione in studio

STUDI EPIDEMIOLOGICI PUBBLICATI SU RIVISTE SCIENTIFICHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI



DISTRIBUZIONE PER ANNO DEGLI

STUDI PUBBLICATI SU RIVISTE INDICIZZATE SU PUBMED



IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

AUMENTO CONTATTI/PAZIENTE/ANNO



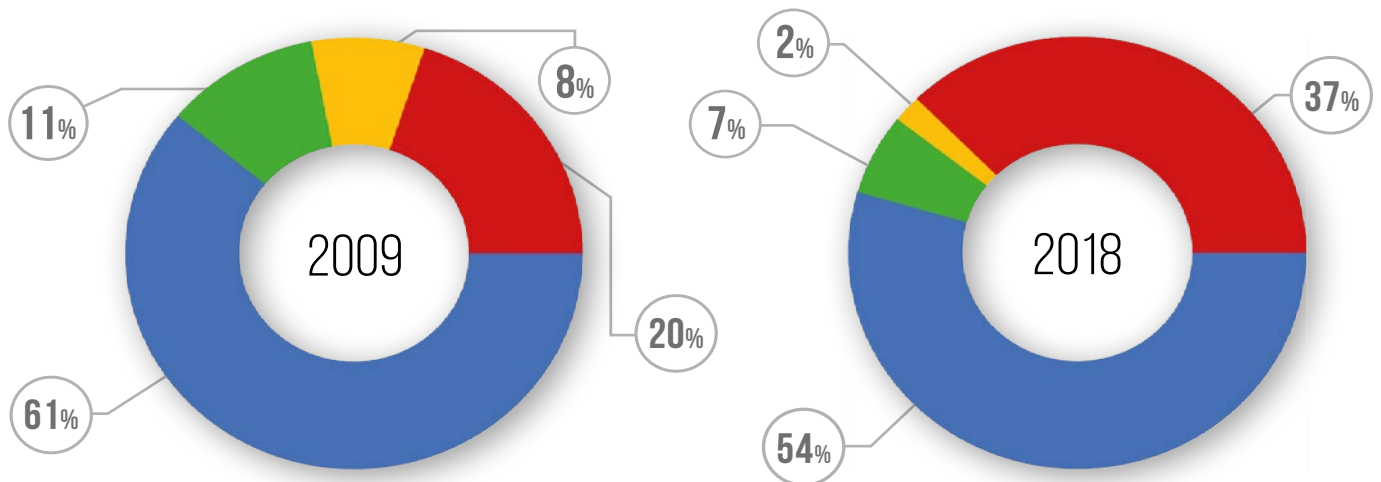
2018

CONTATTI/PAZIENTE/ANNO
PER **ULTRA 85ENNI**

23,5

22,0

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE (%) PER TIPO DI VISITA NEGLI ANNI



- Richiesta Farmaci/Prestazioni
- Telefonata Paziente Diretta/Indiretta

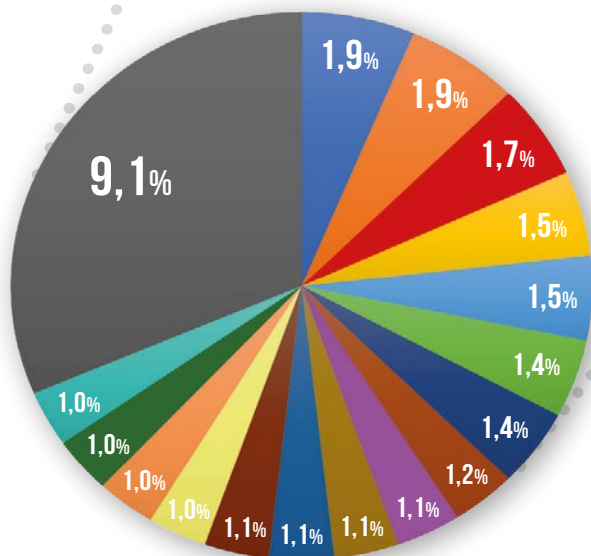
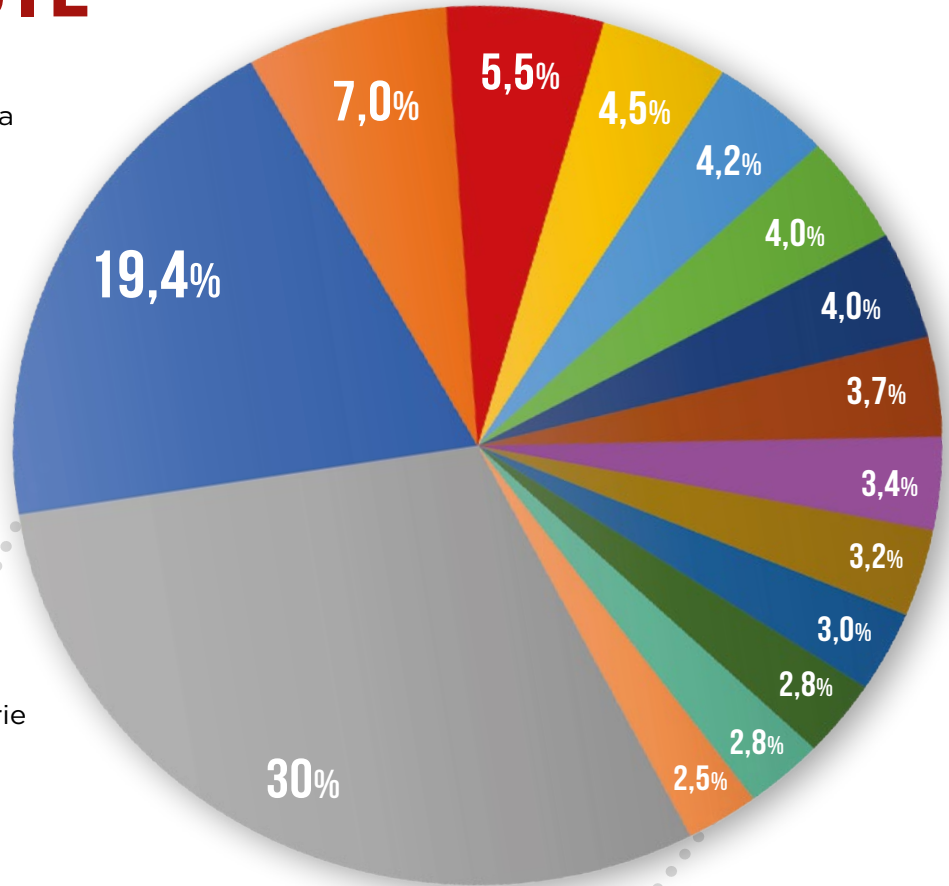
- Altre*
- Visita Ambulatoriale

IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI

- Ipertensione non complicata
- DM tipo 2
- Dislipidemia
- Malattie Ischemiche
- MRGE
- Disfunzioni della tiroide
- Dorsopatie
- Malattie della prostata
- Osteoporosi
- Depressione
- Malattie dell'occhio
- Fibrillazione atriale
- Tumori senza metastasi
- Infezioni delle vie respiratorie
- Altre



- Osteoartrite
- Ictus ischemico
- Ipertensione con complicazioni
- Aritmie cardiache
- BPCO
- Gastroduodenite
- Asma
- Sintomi respiratori
- Disturbi nevrotici
- Malattia renale cronica
- Anemie
- Gotta e Iperuricemia
- Patologie dei vasi linfatici
- Artrite reumatoide
- Scompenso cardiaco
- Demenza
- Altre

LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

IPERTENSIONE ARTERIOSA



30,3%

Aumento nella prevalenza di Ipertensione arteriosa dal 2009 (25,7%) al 2018 (30,3%).



La prevalenza risulta maggiore nelle donne (30,7%) rispetto agli uomini (29,9%).



Nel 2018 l'impiego dei sartani e beta bloccanti continua ad essere in crescita a discapito delle altre classi di farmaci che rimangono stabili o in leggera diminuzione.

ICTUS ISCHEMICO



4,7%

Netto aumento nella prevalenza di Ictus ischemico passando dal 2,7% nel 2009 al 4,7% nel 2018.



La prevalenza risulta maggiore negli uomini (4,9%) rispetto alle donne (4,4%).



L'impiego di farmaci antipertensivi e antitrombotici è risultato sostanziale stabile, mentre è emerso, tra il 2009 e il 2018 un netto aumento nell'uso della politerapia.

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE



4,3%

Leggera crescita nella prevalenza delle Malattie ischemiche del cuore, che raggiunge il 4,3% nel 2018.



Valori di prevalenza nettamente più elevati negli uomini rispetto alle donne (5,8% vs. 2,9%).



Aumentano i pazienti in trattamento farmacologico per tutte le categorie di farmaci, in particolare quelli in politerapia.

LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

Si osserva un lieve aumento della prevalenza di malattia dal 2009 (1,0%) al 2018 (1,3%).

1,3%



Nessuna rilevante differenza nelle stime in base al genere.



Le terapie con beta bloccanti e diuretici risultano in aumento mentre si riducono i trattamenti con ACE-inibitori e glicosidi cardiaci.



DIABETE MELLITO DI TIPO 2 (DM2)

La prevalenza di DM2 è aumentata dal 7,0% del 2009 all'8,0% del 2018.

8,0%



Gli uomini sono caratterizzati da stime di prevalenza maggiori rispetto alle donne (8,9% vs. 7,1%).



Costante incremento dell'impiego dei farmaci ipoglicemizzanti, ad eccezione delle sulfaniluree (32,2% nel 2009 vs. 14,7% nel 2018).



MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)

La prevalenza di MRGE è fortemente aumentata, raggiungendo il 18,7% nel 2018.

18,7%



Le donne sono caratterizzate da stime di prevalenza nettamente maggiori rispetto agli uomini (20,8% vs. 16,5%).



Tutte le categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2009 e il 2018.



LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

BPCO / ASMA



Le prevalenze di BPCO e Asma bronchiale nel 2018 hanno raggiunto un valore rispettivamente di 3,0% e 7,7%.



La BPCO interessa maggiormente gli uomini, in particolare quelli ultra 85enni (17,9%), mentre l'Asma risulta globalmente più frequente nelle donne (8,3%) e nei giovani adulti tra i 15 e i 24 anni (10,1% maschi e 7,2% femmine).



Nella terapia per la BPCO emerge un aumento nell'uso dei broncodilatatori dal 2009 al 2018, ed un calo drastico per i corticosteroidi in monoterapia. Nel caso dell'Asma, le terapie calano progressivamente tra il 2009 e il 2018.

DEPRESSIONE



Emerge un aumento nella prevalenza di malattia tra il 2009 (3,6%) ed il 2018 (5,2%).

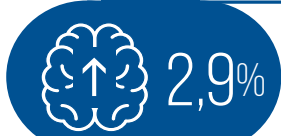


Si riscontra maggiormente nelle donne rispetto agli uomini (6,9% vs. 3,5%)



Nel trattamento della Depressione, risultano in calo SSRI e triciclici, mentre restano costanti gli SNRI.

DEMENZA



La prevalenza di Demenza è in continua crescita: dall'1,4% del 2009 al 2,9% del 2018.



Nettamente maggiore nelle donne rispetto agli uomini (3,7% vs. 2,1%), ed aumento proporzionale nella prevalenza all'aumentare dell'età.



Aumenta l'uso degli antipsicotici atipici e della memantina, a differenza degli altri farmaci caratterizzati da un progressivo calo dal 2009 al 2018.

LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO

Prevalenza di malattia e modalità di impiego dei farmaci

TUMORE DEL COLON-RETTO

La prevalenza di Tumore del colon-retto è aumentata, raggiungendo un valore pari al 7,6% del 2018.

7,6%


Tale patologia risulta maggiore negli uomini rispetto alle donne (8,4% vs. 6,8%), con il picco di prevalenza negli ultra 85enni.



TUMORE DELLA MAMMELLA

La prevalenza di Tumore della mammella è aumentata raggiungendo un valore pari al 15,1% nel 2018.

15,1%


Stime nettamente più elevate nelle donne rispetto agli uomini. Queste mostrano un trend crescente nei valori di prevalenza che variano dal 22,4% del 2009 al 28,9% 2018.



MELANOMA MALIGNO

La prevalenza di Melanoma maligno è aumentata raggiungendo un valore pari al 4,3% nel 2018.

4,3%


Stima globale più elevata nelle donne rispetto agli uomini. Inoltre, le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni.



1. PRAFAZIONE

Il Report Health Search anche quest'anno **si presenta in due formati: il classico report statico e la versione dinamica web-based**. Questa pluralità ha lo scopo di raggiungere il maggior numero di fruitori di questo strumento: dai Medici di Medicina Generale (MMG) agli epidemiologi, dagli amministratori sanitari ai ricercatori. Infatti, **il Report Health Search consente di scattare una fotografia nitida e obiettiva della Medicina Generale Italiana, scegliendo il punto di osservazione più adeguato alle proprie necessità**; ad esempio selezionando i dati di una o più regioni, oppure individuando il lasso temporale da monitorare o, ancora, specifici gruppi di pazienti. Le informazioni presenti nelle diverse sezioni del report forniscono **un'analisi sistematica delle diverse sfaccettature dell'operato dei MMG**: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca riguardante le tematiche a maggior interesse clinico e scientifico. **Questo documento presenta una sintesi delle principali evidenze emerse dalle analisi realizzate sui dati disponibili dal 2009 al 2018**, al fine di favorire una più ampia diffusione dei contenuti di questo strumento.

2. ORGANIZZAZIONE DEL REPORT

Il report è organizzato in diverse sezioni che descrivono il lavoro del MMG nella sua totalità e complessità.

1

La **PRIMA SEZIONE** fornisce informazioni sul **network dei MMG Health Search** che costituiscono il pilastro portante del Report stesso.

2

La **SECONDA SEZIONE** descrive **il carico di lavoro in Medicina Generale**, in termini di contatti con i propri assistiti nonché prestazioni erogate.

3

Il nucleo centrale del Report è costituito dalla **TERZA SEZIONE** in cui si presenta nel dettaglio **l'epidemiologia delle patologie a maggior impatto sociale e in carico alla Medicina Generale: patologie croniche e tumori che incidono sull'operato dei MMG**. Il quadro epidemiologico presentato all'interno del Report è di estremo valore scientifico, come dimostrato dalle numerose collaborazioni nazionali e internazionali e dagli studi pubblicati nella letteratura scientifica internazionale. In questa sezione il Report, oltre a fornire il quadro epidemiologico di diverse patologie, restituisce informazioni sul **management terapeutico di tali patologie**, descrivendo le scelte prescrittive dei MMG, in termini di molecola e di impiego dei farmaci generici.

4

Un'**ULTIMA SEZIONE** del Report descrive le più recenti **ricerche condotte proprio dai MMG ricercatori Health Search** che, più di chiunque altro, sono in grado di individuare le problematiche cliniche e terapeutiche di maggior interesse e con un elevato impatto sul Sistema Sanitario Nazionale.

i

Per le analisi contenute in questo Report sono stati selezionati i pazienti attivi (vivi e non revocati) dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2018.

3. IL NETWORK DEI MMG

In questa sezione viene illustrato il coinvolgimento dei MMG nel Network Health Search, nonché la qualità dei dati da essi raccolti e dei processi messi in atto per il loro controllo, al fine renderli idonei alla realizzazione di analisi epidemiologiche accurate e attendibili.

3.1 MMG ATTIVI E QUALITÀ DEL DATO

Il coinvolgimento dei MMG ricercatori nel progetto Health Search si può dividere in due fasi ben distinte: (i) dal 2001 al 2003, in cui il numero dei MMG partecipanti è aumentato da 660 a 684 e (ii) dal 2004 al 2014, in cui, dopo una flessione del numero dei MMG partecipanti, si è registrata una crescita fino a raggiungere **830 MMG nel 2018**.

Il dati raccolti da questi MMG sono continuamente sottoposti a un processo di validazione, al fine di garantire una numerosità campionaria e un'affidabilità

sufficiente per condurre studi epidemiologici. Tale processo prevede sia la verifica della sovrapponibilità tra la popolazione contenuta nel database con quella generale descritta dall'ISTAT, sia il calcolo di un indice complessivo di qualità della registrazione. In particolare, tale indice, definito "Indice complessivo di qualità della registrazione (ITOT)" valuta la completezza, la correttezza e la stabilità dei dati registrati dal MMG partecipante al progetto Health Search / IQVIA Health LPD) sulla propria cartella informatica. In generale gli studi condotti sul database hanno dimostrato che un MMG con un ITOT pari o superiore a 0,62 assicura un'affidabilità sufficientemente elevata per l'arruolamento nel panel degli "MMG validati".



Sul totale degli 830 MMG partecipanti alla fine del 2018 ne **sono stati validati 800**, ovvero coloro che assicuravano un dato affidabile e rappresentativo della regione di appartenenza. Negli anni di attività di Health Search, **il numero dei medici validati è aumentato progressivamente da 290 del 2003 all'attuale 800**.

Tutte le analisi presentate nel report si riferiscono, pertanto, alla coorte degli 800 MMG validati.

3.2 POPOLAZIONE DI PAZIENTI DEI MMG VALIDATI

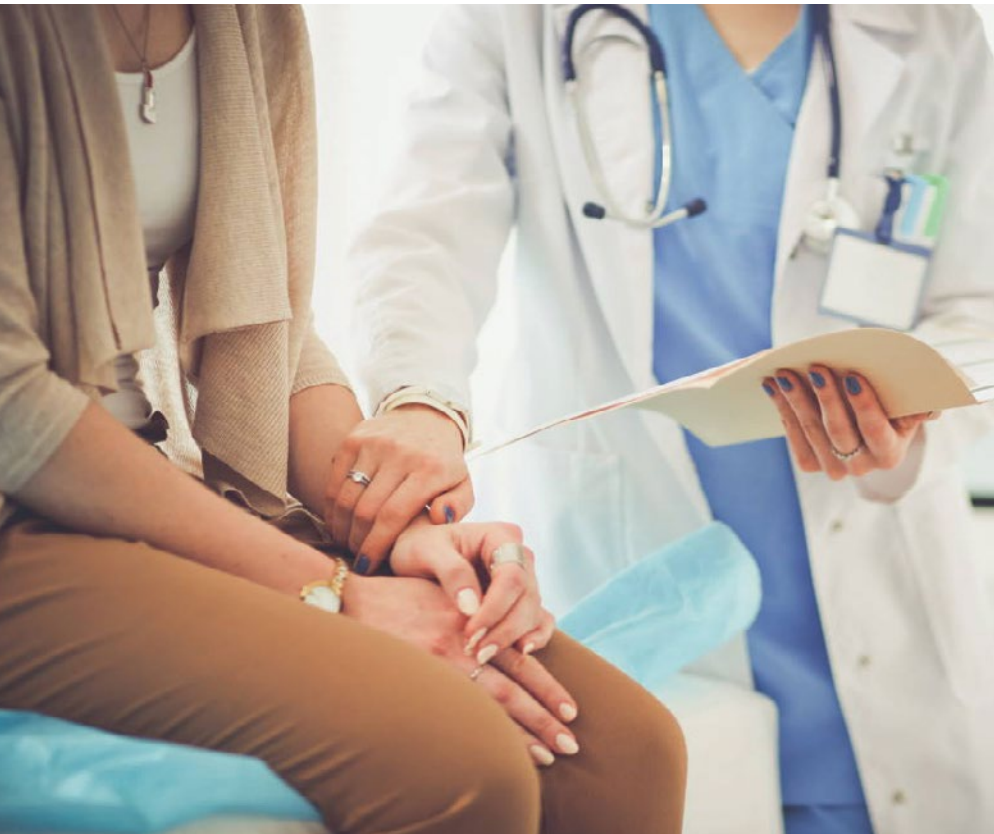
La popolazione di soggetti adulti, in carico agli 800 MMG "validati", è pari a **1.014.016 pazienti**. Confrontando la distribuzione regionale della popolazione Health Search con la popolazione residente in Italia al 01/01/2018 rilevata dall'ISTAT, emerge una sostanziale sovrapposizione tra le due popolazioni. Leggere differenze sono riscontrate solo per Lazio, Emilia Romagna e Veneto che risultano leggermente sottorappresentate in Health Search.



Al contrario, nel Friuli-Venezia Giulia e nella Campania il numero dei pazienti inclusi nel database risulta essere superiore al necessario, probabilmente a seguito dell'ampia partecipazione da parte dei MMG a progetti specifici promossi dalla SIMG e da Health Search.

La distribuzione per sesso e fasce d'età della popolazione Health Search risulta **sovrapponibile alla popolazione generale stimata dall'ISTAT**, con un rapporto femmine:maschi che aumenta al crescere dell'età, fino a raggiungere un rapporto di circa 2:1 tra gli ultra 85enni (5,6% di donne vs. 3,1% di uomini).

4. IL CARICO DI LAVORO



Questa sezione riporta un quadro oggettivo e aggiornato sul carico di lavoro del MMG, inteso **sia come contatti con i propri assistiti, sia come prestazioni erogate**, ossia interventi diagnostico-terapeutici. Occorre precisare che la stima derivante da queste analisi descrive il carico di lavoro dei MMG dovuto dalla sola attività clinica, mentre, con buona probabilità, essa non tiene conto di tutta l'attività burocratica svolta quotidianamente dai MMG e che incide per oltre il 50% sul tempo lavorativo.



Per **“contatti”** si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). Si precisa che la registrazione di una o più diagnosi e/o di una o più terapie nel corso della stessa giornata di ambulatorio per un dato paziente viene considerate come un singolo contatto.

Per **“prestazioni erogate”** si intendono il numero di interventi diagnostico-terapeutici. È stato calcolato il rapporto tra il numero di contatti che culminano con la registrazione di almeno una prestazione (indagine diagnostico-strumentale e di laboratorio, prescrizione farmaceutica, visita specialistica) su 100 contatti effettuati dal MMG (denominatore). Si precisa che la registrazione di due o più richieste di visite specialistiche e/o due o più prescrizioni farmaceutiche nel corso di una stessa visita costituisce un singolo contatto attribuibile alla visita specialistica e uno da attribuire alla prescrizione.

4.1 I CONTATTI CON GLI ASSISTITI

In tutti gli anni osservati si nota **un graduale e costante incremento del carico di lavoro, con un raddoppio tra il 2009 e il 2018** (da 7,1 contatti/paziente/anno nel 2009 a 10,1 contatti/paziente/anno nel 2018). Questo andamento è comune sia tra i pazienti di sesso femminile (da 7,7 contatti/paziente/anno nel 2009 a 11,0 contatti/paziente/anno nel 2018), sia per quelli di sesso maschile (da 6,4 contatti/paziente/anno nel 2009 a 9,1 contatti/paziente/anno nel 2018).

In tutti gli anni considerati (2009-2018) **la maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentata dalle visite di tipo “ambulatoriale” seguite dalla “richiesta di farmaci e prestazioni”**. Il peso delle visite ambulatoriali sul totale dei contatti medico-pazienti è diminuito progressivamente negli ultimi anni, andando dal 74% del 2011 al 54% del 2018.

A questo andamento si contrappone **la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata considerevolmente dal 17% del 2011 al 37% del 2018**. Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG in tutti gli anni considerati.



Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2018, stratificato per fasce di età e sesso, **crece all'aumentare dell'età dei pazienti in entrambi i sessi**, fino a raggiungere 23,5 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni e 22,0 contatti/paziente/anno per le donne della stessa fascia d'età. Inoltre, mentre il numero di contatti/paziente/anno delle donne è superiore a quello degli uomini nelle fasce d'età più giovani, dopo i 74 anni si osserva un'inversione, con gli uomini che fanno registrare un maggior numero di contatti rispetto alle donne.

L'analisi per area geografica indica **un numero di contatti maggiori per i MMG che operano nel Centro-Sud** (in particolare, Puglia, Abruzzo, Molise, Umbria e Campania per l'anno 2018).



4.2 LE PRESTAZIONI EROGATE

La distribuzione del carico di lavoro in funzione della tipologia di prestazioni erogata rimane costante in tutto il periodo considerato (2009-2018).

Nel 2018 le richieste di prescrizioni farmaceutiche rappresentano il 61,2% dei contatti, seguite dalle richieste di indagini diagnostico-strumentali e di laboratorio (27,7%) e dalle richieste di visite specialistiche (11,1%).

Tra le **patologie che hanno generato**

il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata è quella maggiormente rappresentata (19,4% dei contatti totali nel 2018), seguita dal **diabete mellito di tipo II** (7,0%), dalla **dislipidemia** (5,5%) e dalle **malattie ischemiche** (4,5%).

5. LE PATOLOGIE A MAGGIOR IMPATTO SOCIALE

Questa sezione riporta l'epidemiologia delle principali patologie croniche caratterizzate da un elevato impatto sociale in carico alla Medicina Generale Italiana. Diversamente dagli studi epidemiologici basati su specifiche raccolte dati e da quelli che impiegano flussi sanitari di carattere amministrativo, come le schede di dimissione ospedaliera (SDO), i dati contenuti nel database Health Search consentono di mappare le patologie croniche in maniera completa e continuativa, a prescindere dalla manifestazione o meno di un evento acuto con conseguente ricorso alla struttura ospedaliera. Inoltre, essi consentono di descrivere nel dettaglio tutte le dinamiche assistenziali del territorio. **Queste informazioni, pertanto, rappresentano un importante strumento di politica ed economia sanitaria, in quanto, consentono di conoscere la distribuzione di una determinata patologia a livello territoriale e, di conseguenza, permettono di stimare il consumo di risorse e il relativo carico di spesa.**

Oltre a fornire il quadro epidemiologico aggiornato, per ogni condizione clinica presa in considerazione **si analizzano le scelte prescrittive operate dal MMG, in termini di molecola impiegata e ricorso ai farmaci generici, al fine di giungere a valutazioni sull'appropriatezza di impiego dei farmaci e sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.**



PER OGNI PATOLOGIA SONO STATE ANALIZZATE:

Prevalenza "lifetime" di patologia standardizzata per fasce d'età e stratificata per sesso dal 2009 al 2018. Essa misura la proporzione cumulativa di individui di una popolazione che, entro la fine di un dato periodo di osservazione, ha avuto una diagnosi di patologia.

Prevalenza d'uso di farmaci per la specifica patologia. Essa viene calcolata dividendo il numero di soggetti che, nel corso dell'anno di osservazione, hanno ricevuto almeno una prescrizione di un determinato farmaco per il totale dei pazienti affetti dalla patologia considerata nell'anno

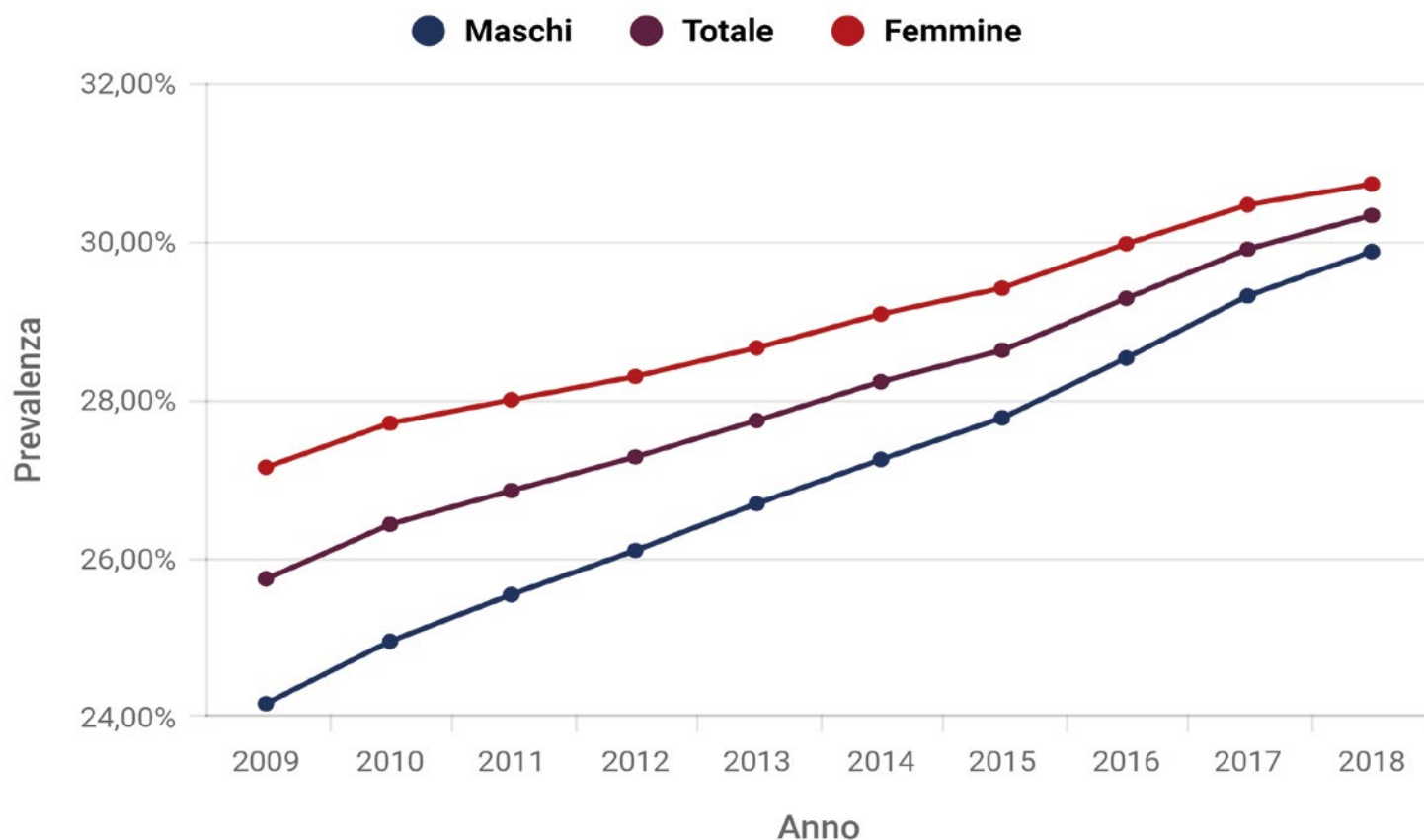
Quota di prescrizione del generico calcolata come % delle DDD prescritte ai pazienti affetti da una data patologia, distinguendo tra prescrizione del farmaco generico (intesa anche come prescrizione del solo principio attivo) e quella del farmaco branded.

Di seguito sono riportati i principali dati epidemiologici rilevati per singola patologia.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

PREVALENZA (2018)	30,3%
TREND 2009 - 2018	Crescente: dal 25,7% nel 2009 al 30,3% nel 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Maggiore prevalenza in alcune regioni del Sud, in particolare Calabria (33,5%), Campania (32,8%) e Sicilia (32,0%), nonché in alcune del Centro-Nord, come Liguria (31,5%) ed Emilia Romagna (31,9%).
DIFFERENZE DI GENERE	Maggiore prevalenza nelle donne rispetto agli uomini (30,7% vs. 29,9%).
DIFFERENZE DI ETÀ	Relazione positiva tra aumento dell'età e aumento della prevalenza, con il picco nella fascia degli ultra 85enni sia per le donne (79,7%), sia per gli uomini (74,5%).
PREVALENZA USO FARMACI	Trend in crescita dal 2009 al 2018 per sartani e beta bloccanti, mentre le altre classi di farmaci presentano una leggera diminuzione. Gli ACE inibitori rappresentano la classe di farmaci maggiormente prescritta (36,8%), seguiti da beta bloccanti (34,0%) e da sartani (32,5%). Le classi meno prescritte, invece, sono risultate i calcio antagonisti (21,0%), i diuretici (18,1%) e gli alfa bloccanti (5,4%).
QUOTA GENERICI	Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2018 essa era pari al 31,4% per i beta bloccanti, al 27,9% per gli ACE Inibitori, al 23,7% per i calcio antagonisti, al 20,3% per gli alfa bloccanti, al 13,9% per i diuretici e al 17,2% per i sartani.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPERTENSIONE ARTERIOSA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIPERTENSIVI

ACEI: ACE-Inibitori; SAR: Sartani; BETA: Beta-Bloccanti; CAA: Calcio-Antagonisti; DIUR: Diuretici; ALFA: Alfa-Bloccanti

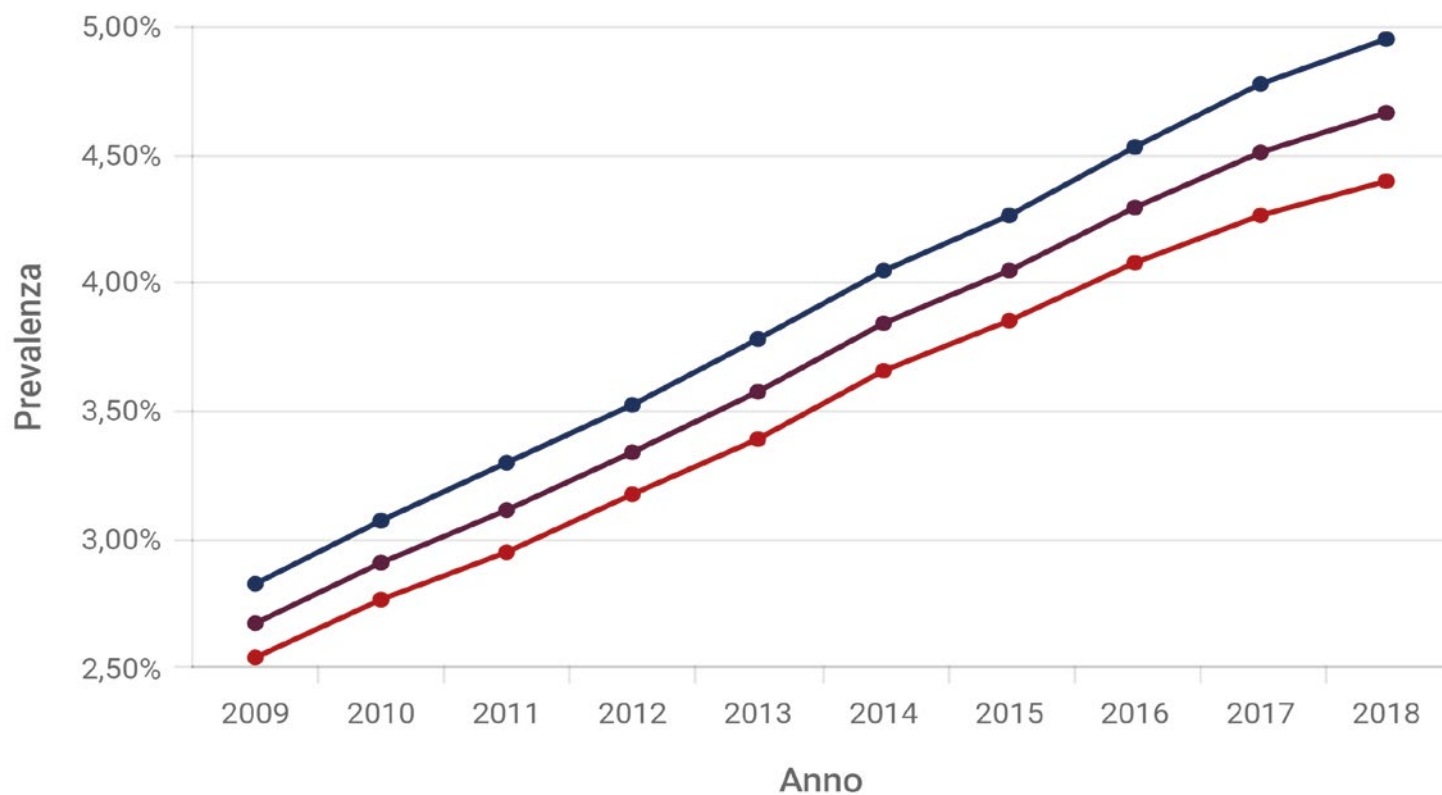
Anno	ACEI	% Gen.ci	BETA	% Gen.ci	SAR	% Gen.ci	CAA	% Gen.ci	DIUR	% Gen.ci	Alfa	% Gen.ci
2018	36,77	27,86	34,01	31,36	32,53	17,19	21,05	23,73	18,10	13,94	5,43	20,35
2017	36,65	27,04	33,53	30,81	32,14	13,50	21,31	21,64	18,56	13,11	5,53	20,03
2016	36,92	25,91	33,14	30,11	32,32	11,64	21,88	20,50	19,04	13,35	5,63	19,82
2015	36,63	24,93	32,16	29,45	32,32	10,40	22,13	19,00	19,17	13,13	5,67	19,57
2014	37,49	23,44	31,79	28,69	32,60	9,37	22,90	16,60	19,61	12,97	5,83	18,69
2013	38,06	22,49	30,97	27,77	32,66	7,88	23,39	15,75	19,52	12,87	5,98	16,92
2012	38,18	20,58	30,02	26,81	32,71	6,24	23,86	14,40	19,54	13,46	6,07	17,26
2011	39,04	18,44	29,41	25,08	32,47	3,28	25,24	11,39	19,86	12,55	6,37	16,03
2010	39,73	16,34	28,80	23,75	32,16	1,73	26,06	9,02	20,45	11,57	6,65	14,93
2009	40,59	12,34	27,93	21,21	30,81	0,00	26,44	7,18	20,62	11,17	6,86	12,84

ICTUS ISCHEMICO

PREVALENZA (2018)	4,7%
TREND 2009 - 2018	In netta crescita, andando dal 2,7% nel 2009 al 4,7% nel 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Alcune regioni del Centro-Nord presentano stime più alte di ictus ischemico, in particolare la Valle d'Aosta (9,3%), l'Emilia Romagna (6,6%), il Veneto (6,0%), la Liguria (5,6%) seguite poi dall'Abruzzo (5,2%).
DIFFERENZE DI GENERE	Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (4,9% vs. 4,4%).
DIFFERENZE DI ETÀ	Aumento della prevalenza all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra gli uomini (23,2%), che tra le donne (18,0%).
PREVALENZA USO FARMACI	Sostanziale stabilità per i farmaci antipertensivi e antitrombotici, con valori superiori ristrettamente al 77,2% ed al 71,9% sul totale dei soggetti con diagnosi di ictus. Tra il 2009 e il 2018 si è osservato, inoltre, un aumento nell'uso della politerapia (36,1% nel 2009 vs. 42,4% nel 2018). Tale andamento è da imputare principalmente all'uso crescente di ipolipidemizzanti (45,2% nel 2009 vs. 56,6% nel 2018).
QUOTA GENERICI	Quota di generici in crescita per tutte le classi di farmaci. Nel 2018 questa era pari al 39,2% per gli antipertensivi, al 32,6% per gli ipolipidemizzanti e all'11,7% per gli antitrombotici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ICTUS ISCHEMICO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● **Maschi** ● **Totale** ● **Femmine**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

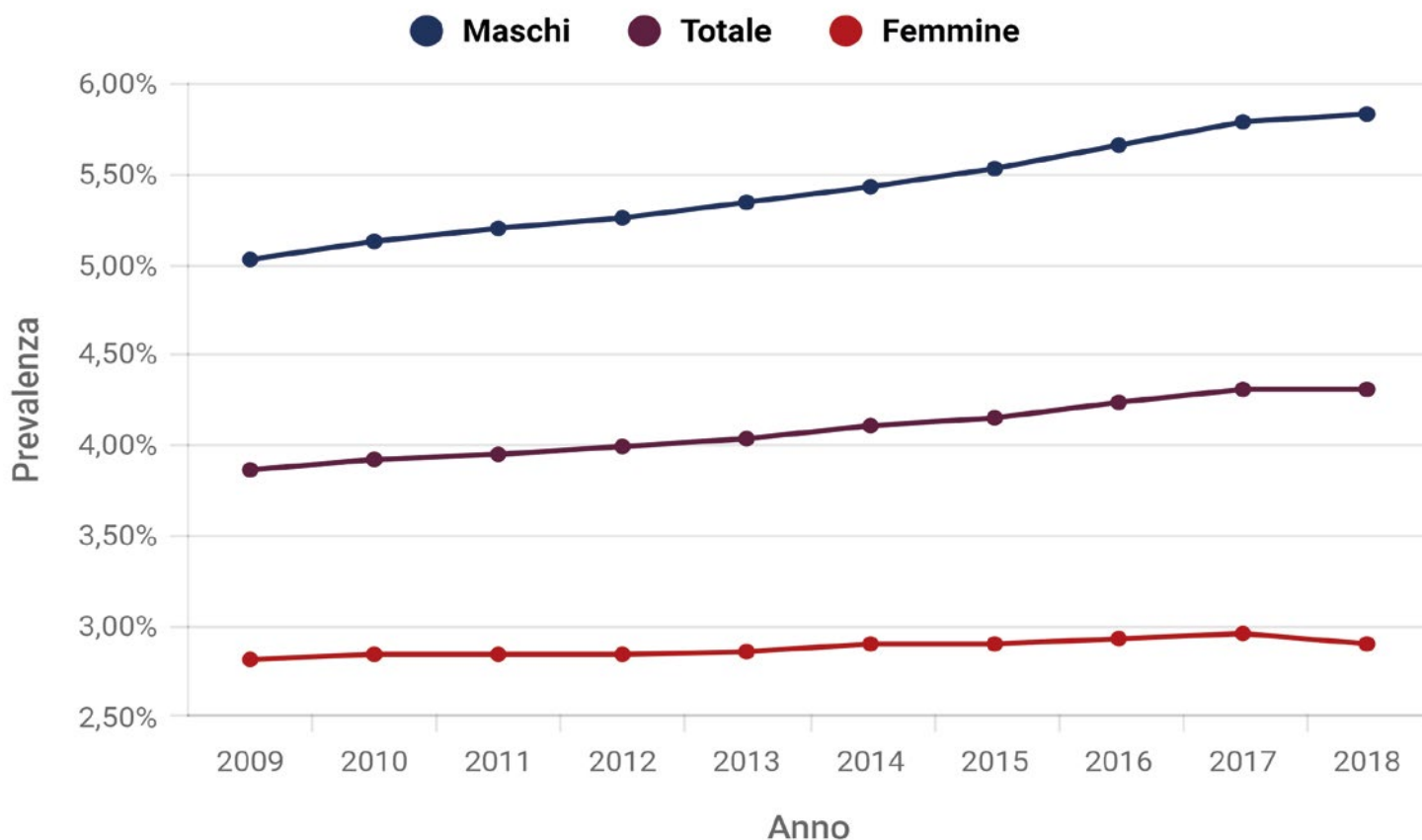
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidemizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2018	42,45	77,21	39,24	71,86	11,74	56,57	32,61
2017	41,44	76,35	37,30	71,40	11,30	54,86	29,98
2016	41,39	76,83	35,88	72,33	9,73	54,19	22,69
2015	41,23	76,49	34,44	72,45	9,20	53,54	19,88
2014	41,58	77,05	32,36	73,93	9,12	53,43	15,50
2013	41,53	77,07	30,88	74,54	8,75	52,91	11,92
2012	40,14	76,52	28,92	74,14	9,34	51,37	11,04
2011	39,37	76,92	25,95	74,61	10,08	50,23	9,11
2010	37,89	76,47	23,73	74,91	10,44	47,79	8,07
2009	36,14	76,01	20,21	75,09	10,83	45,22	7,57

MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE

PREVALENZA (2018)	4,3%
TREND 2009 - 2018	Leggera crescita: dal 3,9% del 2009 al 4,3% del 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Presenti differenze tra le diverse regioni, con valori più elevati in Campania (6,1%), Sicilia (5,0%), Calabria (4,9%), Emilia Romagna e Lazio (4,4% ciascuna).
DIFFERENZE DI GENERE	Valori molto più elevati nei maschi rispetto alle femmine (5,8% vs. 2,9%).
DIFFERENZE DI ETÀ	Incremento della prevalenza all'aumentare dell'età, sia per i maschi sia per le femmine. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni sia uomini (23,2%) che donne (18,0%).
PREVALENZA USO FARMACI	Leggero aumento tra il 2009 e il 2018 per antipertensivi (dall'84,4% all'85,7%) e per antitrombotici (dal 77,3% al 79,0%). Un aumento più marcato si riscontra, invece, nell'uso di ipolipidemizzanti che variano dal 59,8% del 2009 al 70,2% del 2018, con conseguente aumento della politerapia che aumenta dal 53,1% nel 2009 al 62,0% nel 2018.
QUOTA GENERICI	Nel 2018 la quota dei generici era pari al 41,0% per gli antipertensivi, al 24,5% per gli ipolipidemizzanti e al 9,8% per gli antitrombotici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

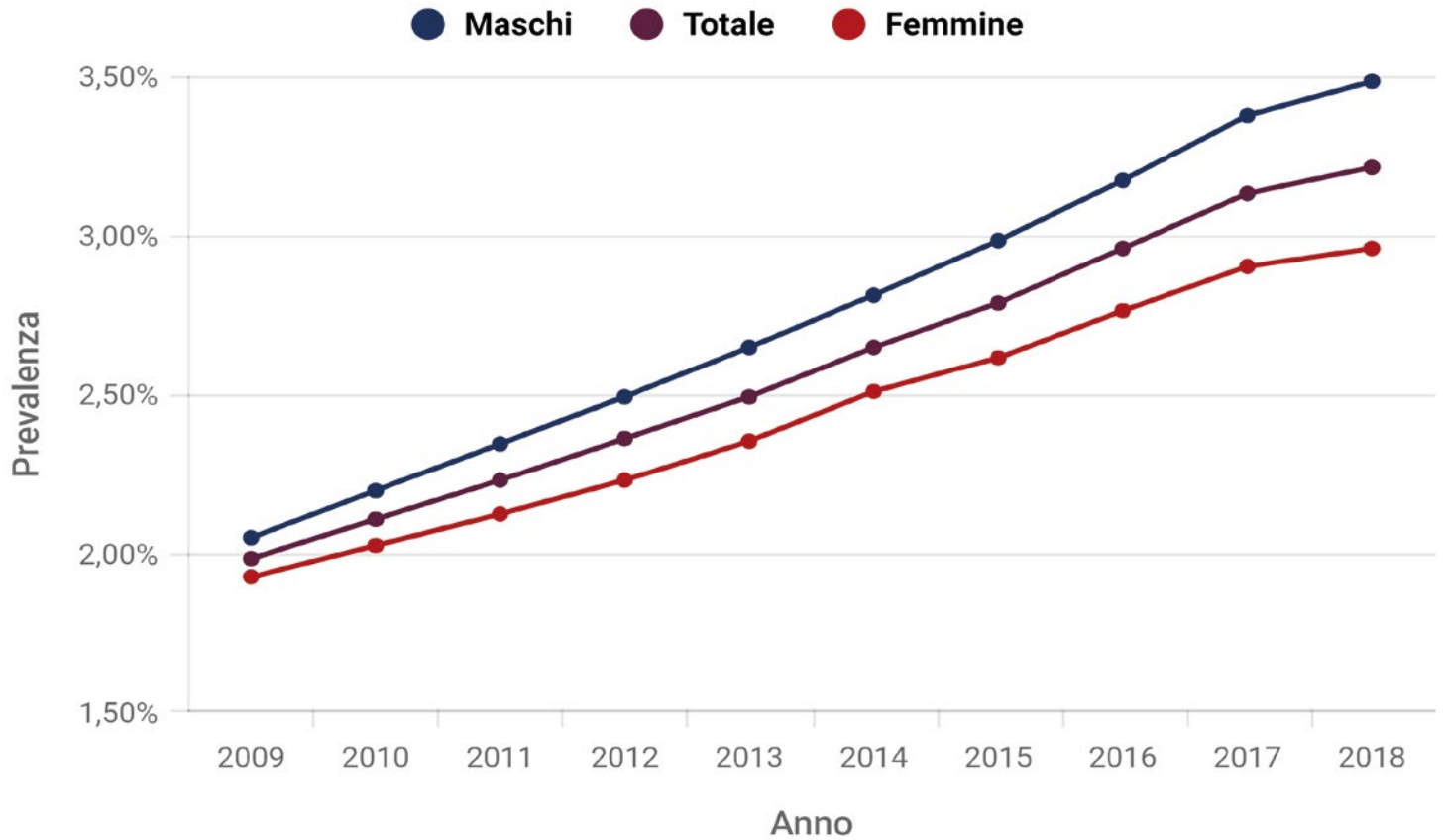
POLI: Politerapia; AIPER: Antipertensivi; IPO: Ipolipidemizzanti; ATRO: Antitrombotici

Anno	POLI	AIPER	% Gen.ci	ATRO	% Gen.ci	IPO	% Gen.ci
2018	62,00	85,72	41,05	79,05	9,77	70,17	24,50
2017	60,40	84,81	39,23	77,95	9,47	68,24	21,68
2016	59,87	85,13	37,65	78,11	7,89	67,59	17,25
2015	58,61	84,49	36,35	77,14	7,18	66,33	14,63
2014	58,76	85,30	35,21	78,07	7,09	66,22	11,19
2013	58,40	84,89	33,72	77,76	6,43	65,85	8,24
2012	57,22	84,44	32,44	76,99	6,92	64,88	7,34
2011	55,90	84,75	29,61	77,01	7,23	63,70	5,75
2010	54,93	84,73	27,41	77,50	7,20	61,96	5,62
2009	53,09	84,37	24,54	77,34	7,50	59,84	5,41

FIBRILLAZIONE ATRIALE

PREVALENZA (2018)	3,2%
TREND 2009 - 2018	Trend in crescita, andando dal 1,9% nel 2009 al 3,2% nel 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Maggiore prevalenza riscontrata nelle regioni del Centro Nord, rispetto al Sud ed alle isole. In particolare, la regione con la prevalenza più elevata è risultata il Friuli-Venezia Giulia (4,2%), seguita dalla Toscana (3,9%), dal Veneto (3,8%), dall'Emilia Romagna (3,7%) e dall'Umbria (3,6%).
DIFFERENZE DI GENERE	Il sesso maschile presenta stime di prevalenza superiori al sesso femminile (3,5% vs. 3,0%).
DIFFERENZE DI ETÀ	La prevalenza aumenta all'aumentare dell'età, raggiungendo il massimo negli ultra 85enni, sia tra gli uomini (21,6%), che tra le donne (17,2%).
PREVALENZA USO FARMACI	Progressivo incremento nell'uso dei farmaci antitrombotici dal 2009 (77,2%), fino a stabilizzarsi al 80,1% nel 2018.
QUOTA GENERICI	Quota di generici in leggero calo per gli antitrombotici, passando dal 4,4% nel 2009 al 3,6% nel 2018.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI FIBRILLAZIONE ATRIALE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI

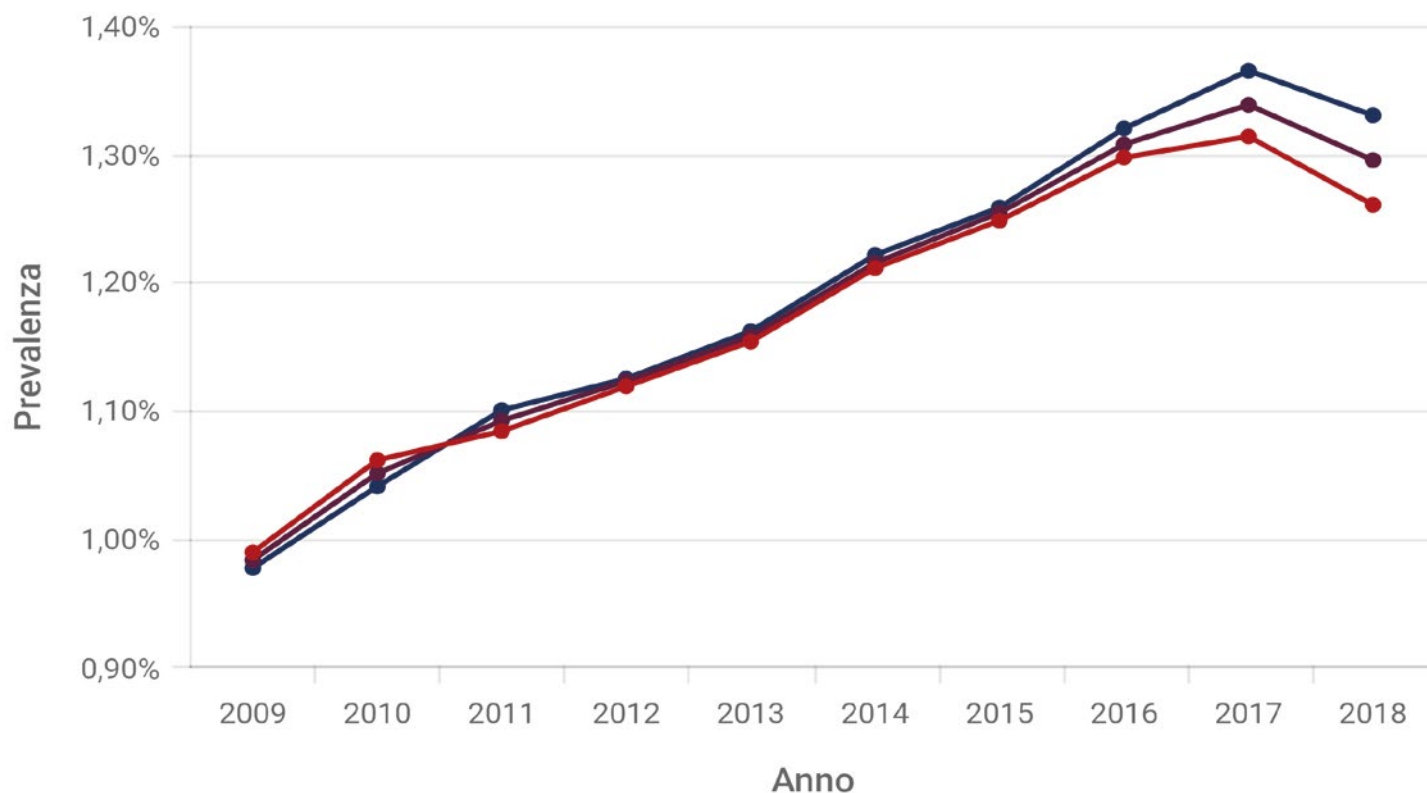
Anno	ANTITROMBOTICI	% ANTITROMBOTICI GENERICI
2018	80,06 %	3,60 %
2017	77,45 %	3,75 %
2016	78,04 %	3,34 %
2015	77,20 %	3,33 %
2014	78,17 %	3,46 %
2013	77,99 %	3,59 %
2012	77,55 %	3,75 %
2011	77,26 %	4,06 %
2010	77,54 %	4,32 %
2009	77,24 %	4,41 %

SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

PREVALENZA (2018)	1,3%
TREND 2009 - 2018	Lievemente in crescita: da 1,0% del 2009 all'1,3% del 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Valori più elevati in diverse regioni del Centro-Nord, in particolare Toscana, Umbria, Liguria e Emilia Romagna (1,5%, ciascuna), nonché in Sicilia (1,6%).
DIFFERENZE DI GENERE	Stime analoghe sia negli uomini sia nelle donne.
DIFFERENZE DI ETÀ	La prevalenza aumenta notevolmente all'aumentare dell'età per entrambi i generi: tra i 75-84enni (5,2% tra i maschi vs. 4,1% tra le femmine), e tra gli ultra 85enni (11,4% tra i maschi vs. 9,9% tra le femmine).
PREVALENZA USO FARMACI	Tra il 2009 e il 2018 diuretici e beta bloccanti sono risultati in crescita, mentre glicosidi e ACE inibitori in costante calo. I sartani sono risultati costanti. La classe di farmaci maggiormente impiegata è stata quella dei diuretici (70,6%), seguiti dai beta bloccanti (63,7%), dagli ACE inibitori (39,5%). Sartani e glicosidi, invece, vengono prescritti a una quota minore di pazienti: rispettivamente al 28,4% e 11,5% dei pazienti.
QUOTA GENERICI	La quota di generici nel 2018 è stata del 40,8% per i beta bloccanti, seguita dal 33,5% per gli ACE inibitori, dal 20,2% per i diuretici e dal 22,4% per i sartani. Mentre, per i glicosidi cardiaci non sono disponibili farmaci generici.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● Maschi ● Totale ● Femmine



PREVALENZA D'USO DI FARMACI CARDIOVASCOLARI

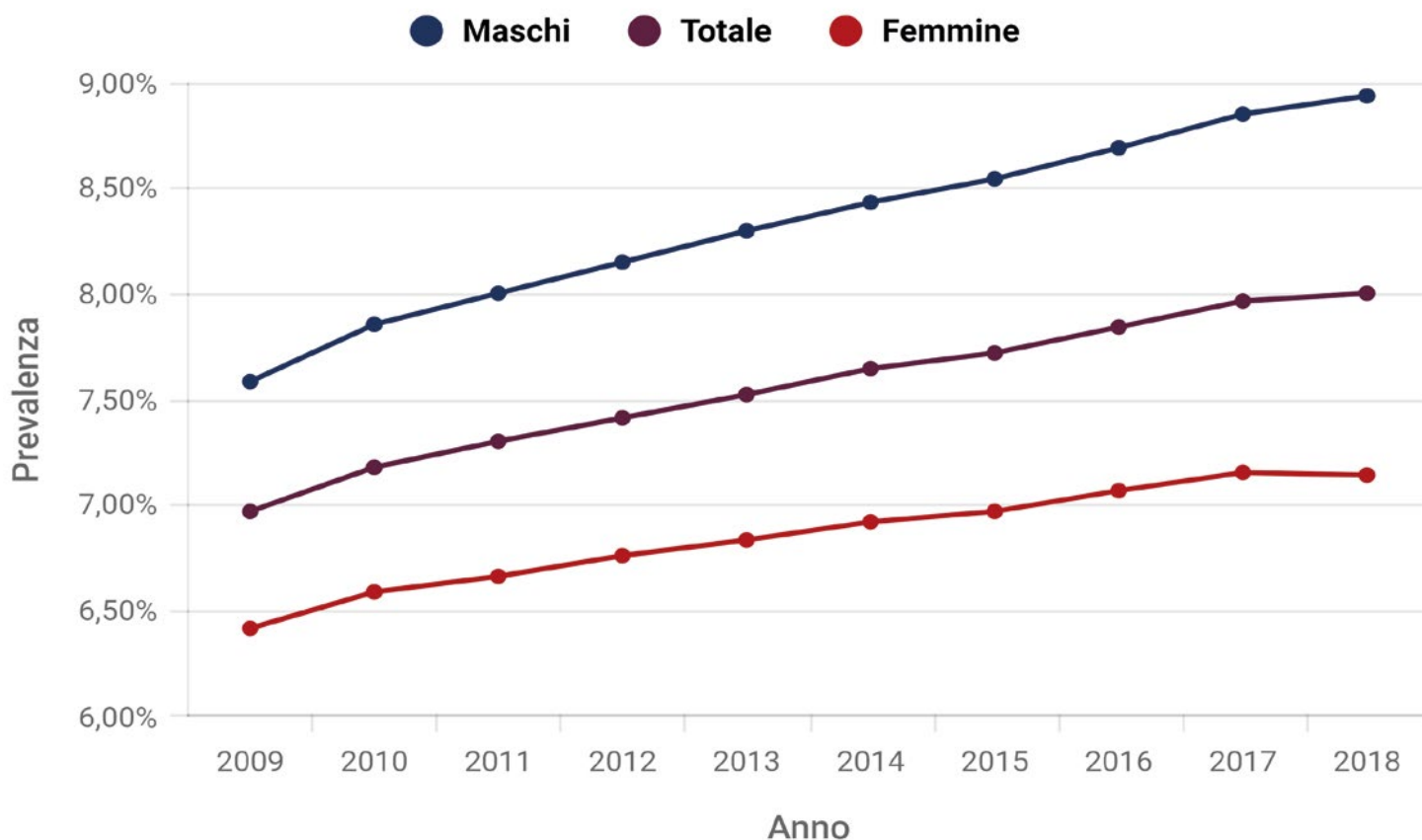
DIUR: Diuretici; BETA: Beta-Bloccanti; ACEI: Ace-Inibitori (da soli o in associazione);
SAR: Sartani (da soli o in associazione); GLI: Glicosidi

Anno	DIUR	% Gen.ci	BETA	% Gen.ci	ACEI	% Gen.ci	SAR	% Gen.ci	GLI	% Gen.ci
2018	70,63	20,20	63,73	40,80	39,53	33,46	28,45	22,36	11,53	0,00
2017	69,64	19,99	60,83	39,02	39,05	31,25	27,07	18,52	12,78	0,00
2016	71,57	20,25	60,66	38,07	40,41	29,97	27,26	15,93	14,23	0,00
2015	71,24	20,09	58,54	36,57	41,68	28,93	27,58	13,96	15,21	0,00
2014	72,30	20,03	57,18	35,30	43,38	27,48	28,17	12,60	16,89	0,00
2013	71,27	20,75	55,88	33,11	45,18	25,13	29,47	10,55	18,82	0,00
2012	70,97	21,34	53,21	30,94	46,02	22,19	29,78	8,14	19,92	0,00
2011	71,34	19,64	51,47	27,85	47,65	19,59	29,50	4,26	22,20	0,00
2010	71,41	18,62	49,07	25,07	48,65	16,35	30,05	2,01	24,35	0,00
2009	70,59	19,16	46,37	19,91	49,85	13,11	28,89	0,00	26,21	0,00

DIABETE MELLITO TIPO 2

PREVALENZA (2018)	8,0%
TREND 2009 - 2018	Trend crescente: dal 7,0% del 2009 all'8,0% del 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Gradiente geografico, con un aumento progressivo delle stime andando dal Nord verso il Sud. Le regioni a più alta prevalenza sono risultate la Calabria (10,3%) e la Sicilia (9,4%).
DIFFERENZE DI GENERE	Stime più elevate negli uomini rispetto alle donne (8,9% vs. 7,1%).
DIFFERENZE DI ETÀ	Trend crescente al crescere dell'età sia per i maschi sia per le femmine, con un picco nella fascia 75-84 anni (26,1% tra i maschi e 19,9% tra le femmine) e una successiva riduzione negli ultra 85enni di sesso maschile.
PREVALENZA USO FARMACI	Importante aumento nella prevalenza d'uso di metformina (39,7% nel 2009 vs. 49,3% nel 2018), e degli inibitori DPP4/Agonisti GLP1 (0,7% nel 2009 vs. 5,6% nel 2018), accompagnata da una riduzione delle sulfaniluree (32,2% nel 2009 vs. 14,7% nel 2018); tutti gli "altri farmaci" antidiabetici mostrano un costante aumento tra il 2009 e il 2018. Le insuline nel 2018 sono state prescritte al 17,5% dei pazienti con diabete, mentre la repaglinide al 6,1% e i glitazoni al 3,5%.
QUOTA GENERICI	La quota di farmaci generici nel 2018 è stata pari al 53,7% delle prescrizioni di repaglinide, al 38,0% di quelle della metformina, al 22,5% delle sulfaniluree e al 13,2% dei glitazoni. Per insuline e DDP-4, invece, i generici non sono disponibili sul mercato.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DIABETE MELLITO TIPO 2:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDIABETICI

MET: Metformina; SULF: Sulfaniluree (sole o in associazione con Metformina);

INS: Insulina; REP: Repaglinide; GLIT: Glitazoni (soli o in associazione con Metformina);

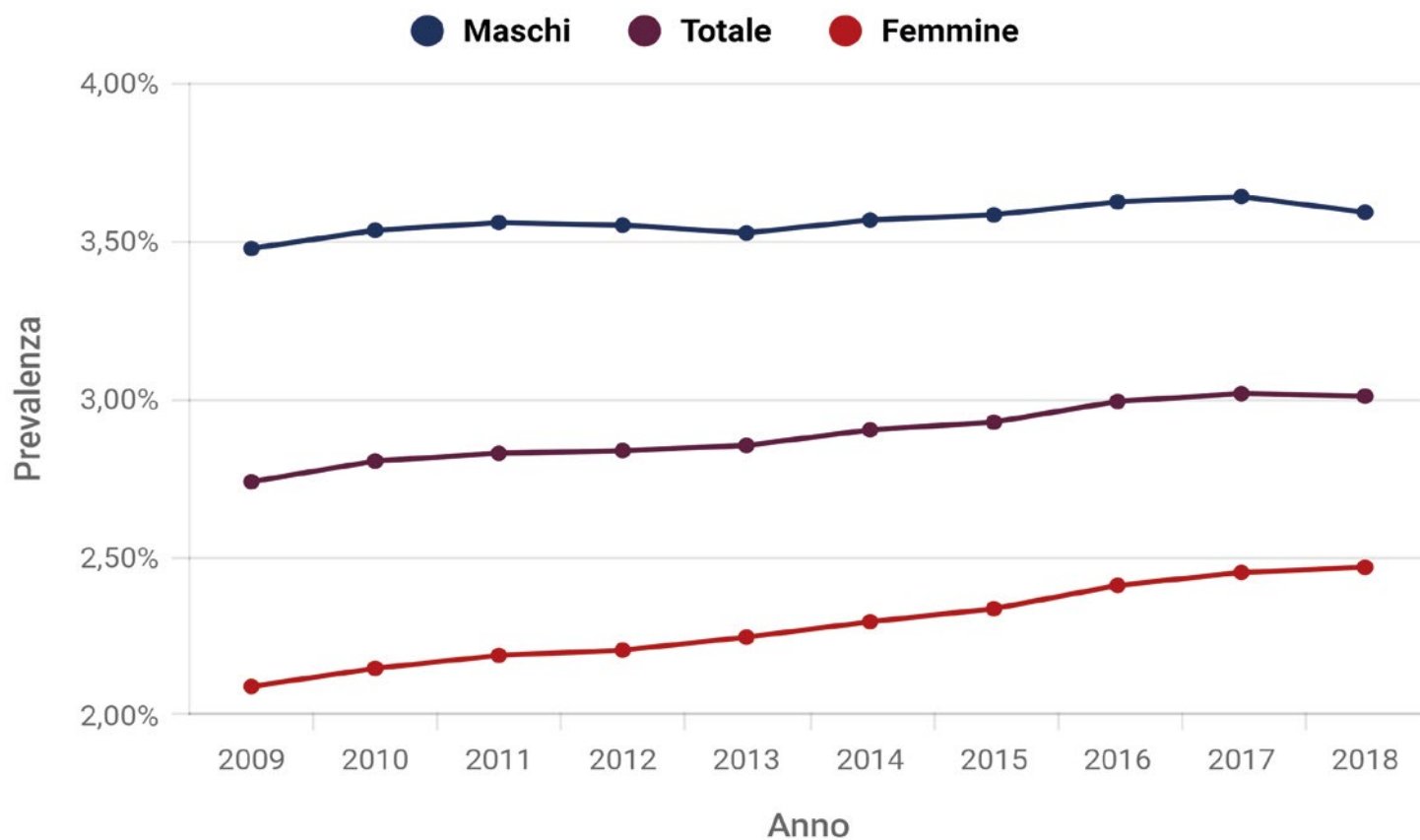
DDP4/GLP1: Inibitori DDP4/Agonisti GLP1 (soli o in associazione con Metformina); ALTRI: Altri antidiabetici

Anno	MET	% Gen.ci	SULF	% Gen.ci	INS	% Gen.ci	REP	% Gen.ci	DDP4	% Gen.ci	GLIT	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2018	49,28	37,97	14,70	22,52	17,49	0,00	6,12	53,67	5,63	0,00	3,54	13,16	11,33	9,69
2017	47,93	39,36	15,74	21,19	17,34	0,00	6,81	52,52	5,24	0,00	3,66	10,15	9,61	11,09
2016	47,16	37,98	16,99	18,68	17,24	0,00	7,62	50,86	5,08	0,00	3,94	6,38	8,07	12,09
2015	46,14	31,65	18,15	16,20	16,79	0,00	8,32	48,94	4,85	0,00	4,28	4,43	6,39	13,03
2014	46,31	28,89	19,65	15,37	16,67	0,00	8,85	46,76	5,21	0,00	4,50	2,81	5,03	12,19
2013	45,76	28,05	20,86	15,55	16,41	0,00	8,93	43,86	5,80	0,00	4,43	1,11	4,23	5,24
2012	45,03	27,08	23,03	14,43	15,96	0,00	8,88	41,74	4,76	0,00	4,58	0,00	3,77	0,39
2011	44,51	24,98	25,97	12,22	15,71	0,00	8,75	33,15	3,13	0,00	4,91	0,00	3,27	0,38
2010	42,85	25,72	28,96	10,24	15,53	0,00	8,46	12,27	1,54	0,00	5,46	0,00	2,28	0,89
2009	39,73	26,05	32,20	9,25	14,60	0,00	7,67	0,00	0,73	0,00	4,69	0,00	1,14	0,00

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

PREVALENZA (2018)	3,0%
TREND 2009 - 2018	Trend crescente: dal 2,7% del 2009 al 3,0% del 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Valori più elevati in Valle d'Aosta (5,1%) e nel Sud. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Basilicata ed il Lazio (4,1%, ciascuna), seguita dalla Campania (4,0%) e dalla Calabria (3,8%).
DIFFERENZE DI GENERE	Stime sensibilmente maggiori negli uomini rispetto alle donne (3,6% vs. 2,5%).
DIFFERENZE DI ETÀ	Valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni (17,9%), mentre per le donne il picco massimo di prevalenza è pari all'8,8%, sempre tra le ultra 85enni.
PREVALENZA USO FARMACI	La prevalenza dei broncodilatatori è aumentata dal 34,8% del 2009 al 39,1% del 2018, mentre le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori sono aumentate fino al 2010 (32,7%), per poi calare negli anni successivi e raggiungere il 30,5% nel 2018. Gli antileucotrieni, in tutto il periodo considerato, sono rimasti costanti, con valori attorno al 2,0%, al contrario, sono calati drasticamente i corticosteroidi in monoterapia (dal 22,7% del 2009 al 16,6% del 2018) e le xantine (dal 10,9% del 2009 al 4,5% del 2018).
QUOTA GENERICI	Per la BPCO sono disponibili pochissimi farmaci generici, pertanto, le quote di prescrizione di generici sono esigue: nel 2018 la quota di generici dei broncodilatatori era pari all'1,0% e dei corticosteroidi inalatori al 2,3%. Fanno eccezione gli antileucotrieni, il cui impiego per il 20,7% ha riguardato prodotti generici.

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI BPCO: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



PREVALENZA D'USO DI FARMACI RESPIRATORI

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori;
XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

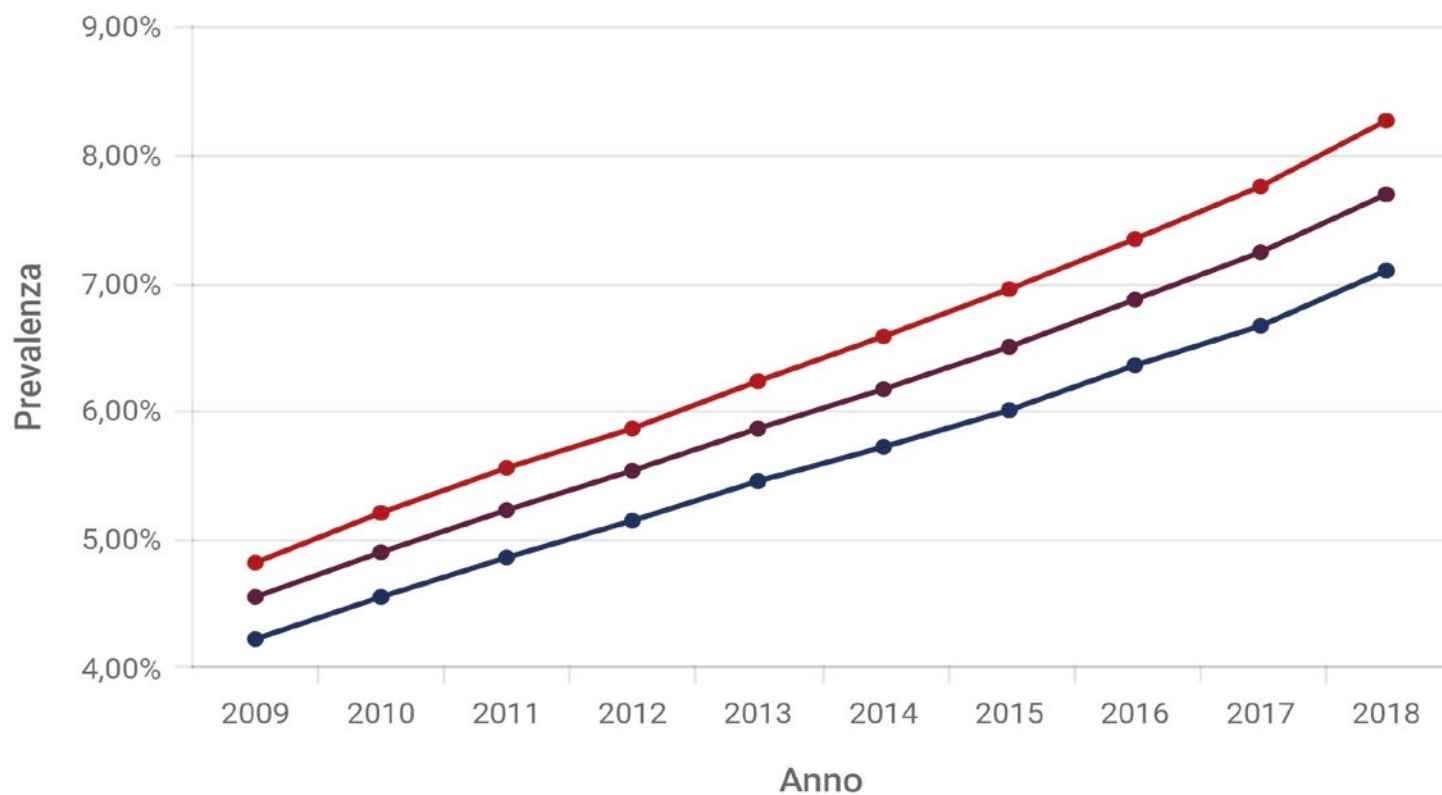
Anno	ASS	% Gen.ci	BRO	% Gen.ci	ICS	% Gen.ci	XAN	% Gen.ci	LEUC	% Gen.ci
2018	30,47	0,00	39,13	1,01	16,59	2,31	4,49	0,00	1,85	20,71
2017	29,57	0,00	39,07	1,10	19,68	0,72	4,64	0,00	1,86	19,32
2016	30,48	0,00	39,09	1,09	20,57	0,47	4,95	0,00	1,82	15,79
2015	30,37	0,00	38,67	1,27	21,58	0,37	5,63	0,06	1,83	12,73
2014	29,93	0,00	38,03	1,25	20,78	0,39	5,95	0,05	1,89	10,86
2013	29,95	0,00	37,39	1,34	21,53	0,29	7,08	0,00	1,97	7,37
2012	30,03	0,00	36,06	1,66	20,91	0,47	7,91	0,00	2,06	0,00
2011	31,24	0,00	36,13	1,65	21,41	0,25	8,88	0,00	2,16	0,00
2010	32,73	0,00	35,21	1,82	22,09	0,21	9,84	0,00	2,11	0,00
2009	32,53	0,00	34,76	2,12	22,72	0,13	10,88	0,00	2,09	0,00

ASMA BRONCHIALE

PREVALENZA (2018)	7,7%
TREND 2009 - 2018	Netta crescita tra il 2009 (4,5%) e il 2018 (7,7%).
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Stime di prevalenza più elevate a livello del Centro-Sud: la regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (13,3%), seguita da Sardegna (8,7%), da Abruzzo, Molise e Lazio (8,1%, ciascuna).
DIFFERENZE DI GENERE	Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (8,3% vs. 7,1%).
DIFFERENZE DI ETÀ	Per gli uomini esiste una relazione inversa all'aumentare dell'età, andando da 10,1% nella fascia 15-24 anni a 4,9% negli ultra 85enni. Invece, tra le donne la prevalenza presenta variazioni inferiori al variare della fascia d'età e risulta massima tra 55 e 64 anni (9,0%).
PREVALENZA USO FARMACI	Stime di prevalenza d'uso costanti dal 2009 al 2010, sia per le associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori (da 28,2% del 2009 a 28,1% del 2010), sia per i broncodilatatori (da 27,4% del 2009 a 26,2% del 2010). Dal 2011 al 2018, invece, queste classi di farmaci calano, per arrivare a 25,4% per le associazioni e 18,9% per i broncodilatatori. Tutte le altre terapie, calano progressivamente tra il 2009 e il 2018.
QUOTA GENERICI	Per l'asma, sono disponibili, ad oggi, pochi generici, per tale motivo nel 2018 solo l'1,6% delle prescrizioni di broncodilatatori e l'1,7% di quelle di corticosteroidi inalatori riguardava farmaci generici. La quota di generici di antileucotrieni, invece, nel 2018 era pari al 22,5%.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI ASMA BRONCHIALE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● Maschi ● Totale ● Femmine



PREVALENZA D'USO DI FARMACI RESPIRATORI

ASS: Associazioni adrenergici/corticosteroidi inalatori; BRO: Broncodilatatori; ICS: Corticosteroidi inalatori;
XAN: Xantine; LEUC: Antileucotrieni

Anno	ASS	% Gen.ci	BRO	% Gen.ci	ICS	% Gen.ci	XAN	% Gen.ci	LEUC	% Gen.ci
2018	25,37	0,00	18,92	1,61	14,73	1,70	1,67	0,00	4,49	22,50
2017	24,87	0,00	19,46	1,68	16,47	0,34	1,66	0,00	4,60	19,82
2016	25,75	0,00	20,26	1,69	17,48	0,29	1,75	0,00	4,90	17,29
2015	25,42	0,00	21,00	1,54	18,04	0,27	1,96	0,00	5,17	13,60
2014	25,64	0,00	22,06	1,60	18,52	0,22	2,02	0,07	5,64	10,53
2013	25,77	0,00	22,82	1,62	18,96	0,29	2,28	0,00	5,84	6,36
2012	25,70	0,00	23,23	1,80	18,77	0,29	2,43	0,00	6,20	0,00
2011	26,83	0,00	25,06	1,57	20,41	0,12	2,74	0,00	6,57	0,03
2010	28,13	0,00	26,16	1,74	20,40	0,10	3,20	0,00	6,71	0,00
2009	28,25	0,00	27,44	1,48	21,45	0,09	3,59	0,00	6,80	0,00

DEPRESSIONE

PREVALENZA (2018)

5,2%

TREND 2009 - 2018

Trend crescente: dal 3,6% del 2009 al 5,2% del 2018.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Si riscontra un gradiente geografico con stime più alte nel Centro-Nord, rispetto al Sud, a eccezione della Campania. Le regioni con le prevalenze più elevate sono risultate essere: Campania (6,9%) seguita dalla Liguria (6,7%), Emilia Romagna (6,6%), Toscana (6,4%) ed Umbria (6,2%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (6,9% vs. 3,5%).

DIFFERENZE DI ETÀ

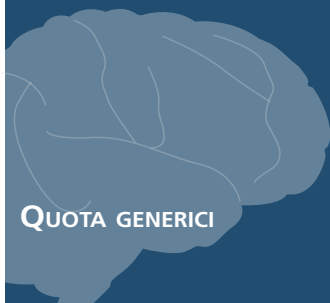
Trend crescente all'aumentare dell'età. Il picco di prevalenza si registra tra gli ultra 85enni, sia maschi (7,9%) che femmine (13,1%).

PREVALENZA USO FARMACI

Gli SSRI rappresentano la classe di farmaci maggiormente impiegata, ma nel corso degli anni 2009-2018 hanno fatto registrare un calo della loro prevalenza d'uso, passando dal 38,2% del 2009 al 29,2% del 2018. Tale calo è stato riscontrato anche per gli antidepressivi triciclici (da 5,0% del 2009 a 3,1% del 2018). Al contrario, gli "altri antidepressivi" hanno mostrato un leggero aumento nel loro impiego, andando dal 6,2% nel 2009 al 8,0% nel 2018. Gli SNRI, invece, sono impiegati in una quota stabile di pazienti (attorno al 8%).

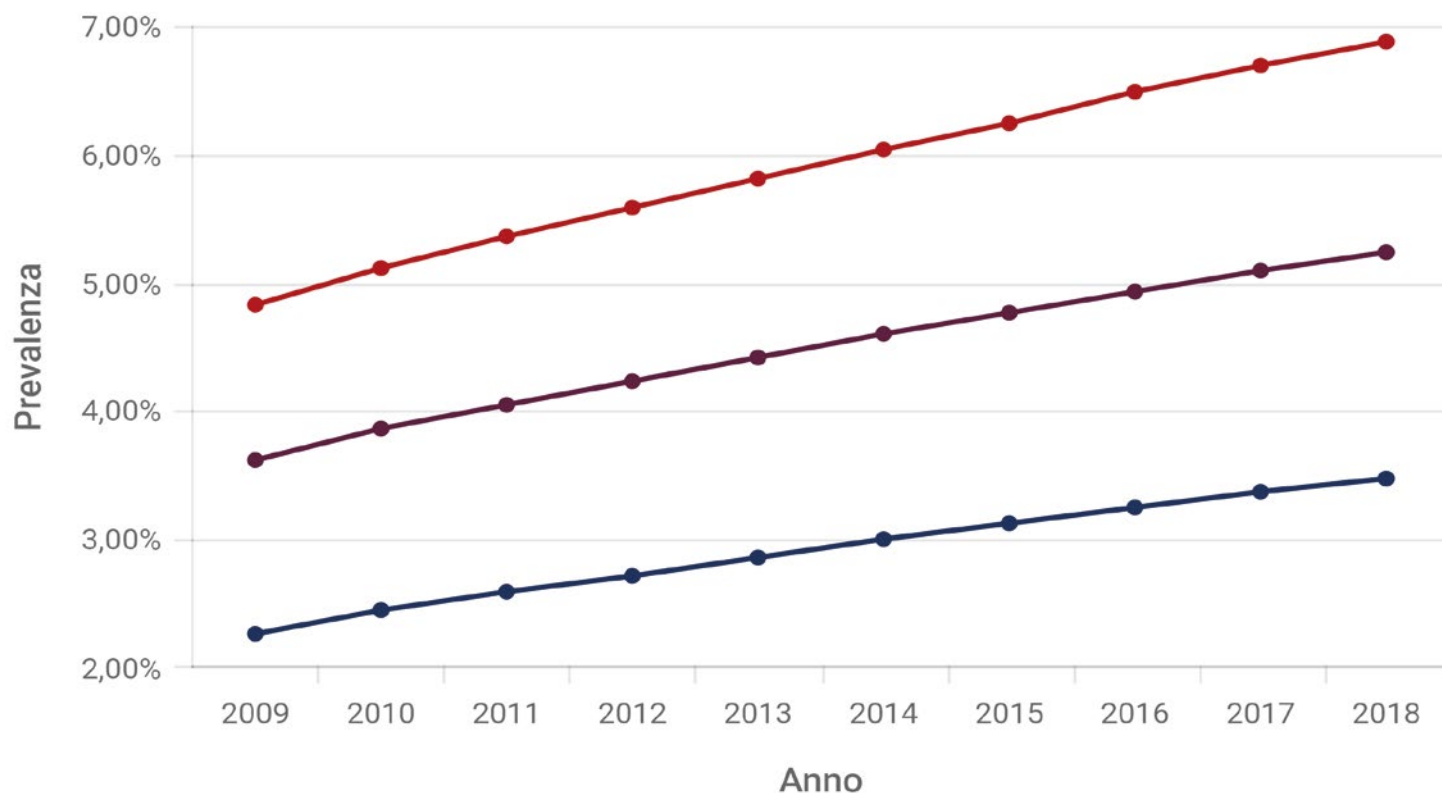
QUOTA GENERICI

La quota dei generici per gli SSRI nel 2018 era pari al 36,4%, per il SNRI al 25,5% e per gli "altri antidepressivi" al 18,8%. Per gli antidepressivi triciclici, invece, non sono disponibili prodotti generici.



**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEPRESSIONE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● Maschi ● Totale ● Femmine



PREVALENZA D'USO DI FARMACI ANTIDEPRESSIVI

SSRI: Inibitori reuptake serotonina; SNRI: Inibitori reuptake serotonina/noradrenalina; TCA: Triciclici; ALTRI: Altri farmaci antidepressivi

Anno	SSRI	% Gen.ci	SNRI	% Gen.ci	TCA	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2018	29,23	36,42	8,67	25,53	3,13	0,00	7,97	18,85
2017	29,51	34,73	8,44	22,33	3,29	0,00	7,62	17,51
2016	30,65	33,47	8,51	19,19	3,49	0,00	6,94	17,72
2015	31,19	31,97	8,47	14,22	3,53	0,00	6,42	18,20
2014	32,29	29,02	8,47	11,90	3,82	0,00	6,33	18,49
2013	32,95	27,44	8,83	11,27	3,85	0,00	6,19	17,98
2012	33,83	25,90	8,95	9,64	3,95	0,00	6,15	16,28
2011	35,43	24,54	8,90	8,34	4,26	0,00	6,31	13,63
2010	37,08	22,94	9,21	7,52	4,61	0,00	6,34	12,66
2009	38,18	20,85	8,97	4,42	5,02	0,00	6,23	12,69

DEMENTZA

PREVALENZA (2018)

2,9%

TREND 2009 - 2018

Trend crescente: dall'1,4% del 2009 al 2,9% del 2018.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Maggiore prevalenza in alcune regioni del Centro, quali Emilia-Romagna (4,3%), Umbria (4,1%), Abruzzo e Molise (3,6% ciascuna), nonché Marche (3,5%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime sensibilmente maggiori nelle donne rispetto agli uomini (3,7% vs. 2,1%).

DIFFERENZE DI ETÀ

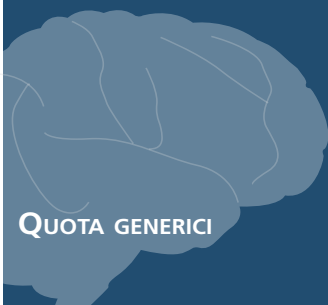
Trend crescente all'aumentare dell'età, con un evidente aumento dopo i 65 anni e con un picco oltre gli 85 anni, sia per gli uomini (18,4%), sia per le donne (22,0%). La differenza tra maschi e femmine si accentua all'aumentare dell'età.

PREVALENZA USO FARMACI

Calo degli anticolinesterasici e degli "altri antipsicotici" dal 2009 al 2018: i primi sono calati dall'10,2% al 7,3%, i secondi dal 11,3% al 9,5%. Al contrario, la memantina e gli antipsicotici atipici hanno mostrato un aumento nell'impiego, arrivando a coprire nel 2018 rispettivamente il 5,2% e il 10,8%.

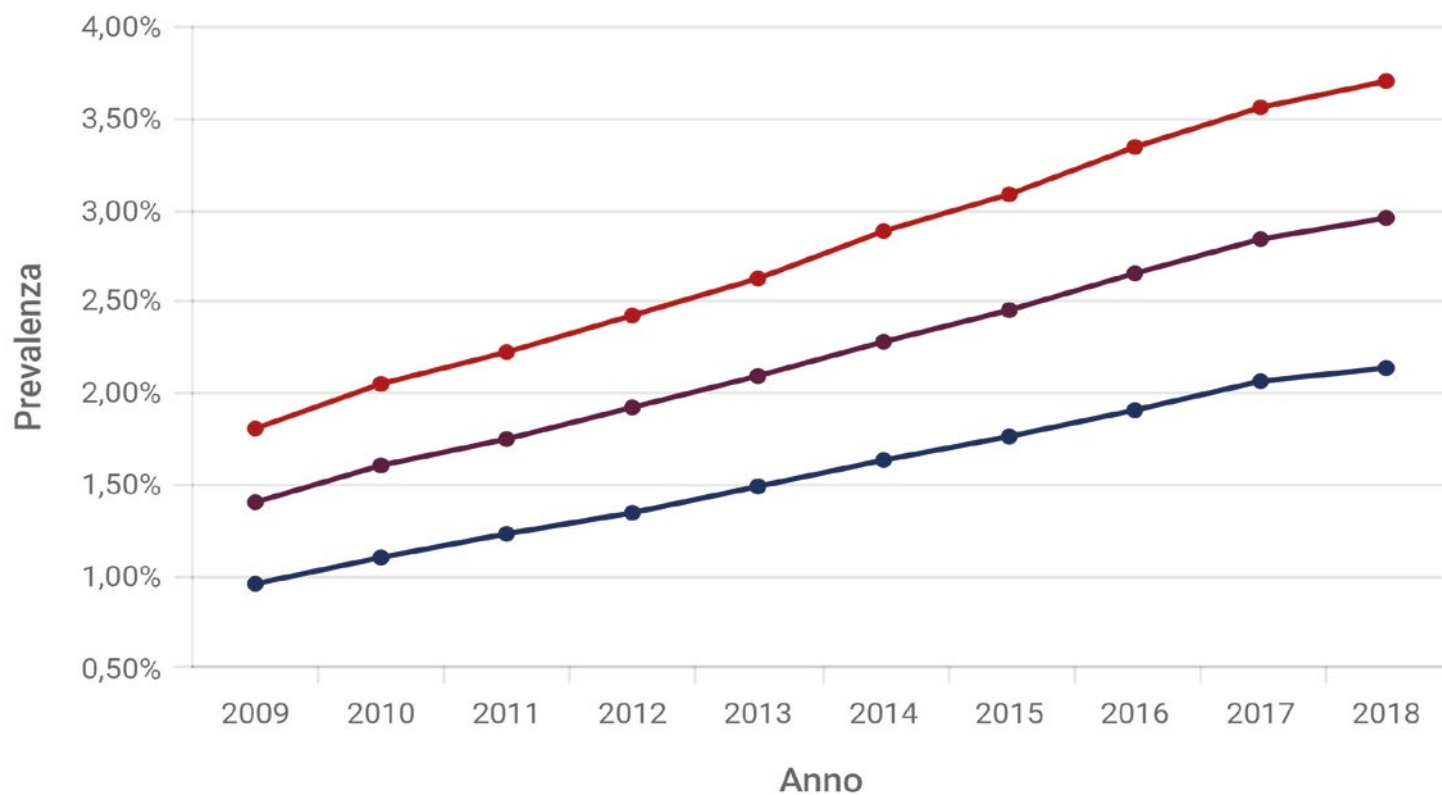
QUOTA GENERICI

Nel 2018 la quota di generici era pari al 64,6% per anticolinesterasici, al 68,9% per la memantina, al 63,2% per gli antipsicotici atipici e all'2,2% per gli "altri antipsicotici".



**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI DEMENZA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● Maschi ● Totale ● Femmine



PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER LA DEMENZA

ACOLI: Anticolinesterasici; APSI: Antipsicotici atipici; ALTRI APSI: Altri antipsicotici; MEM: Memantina

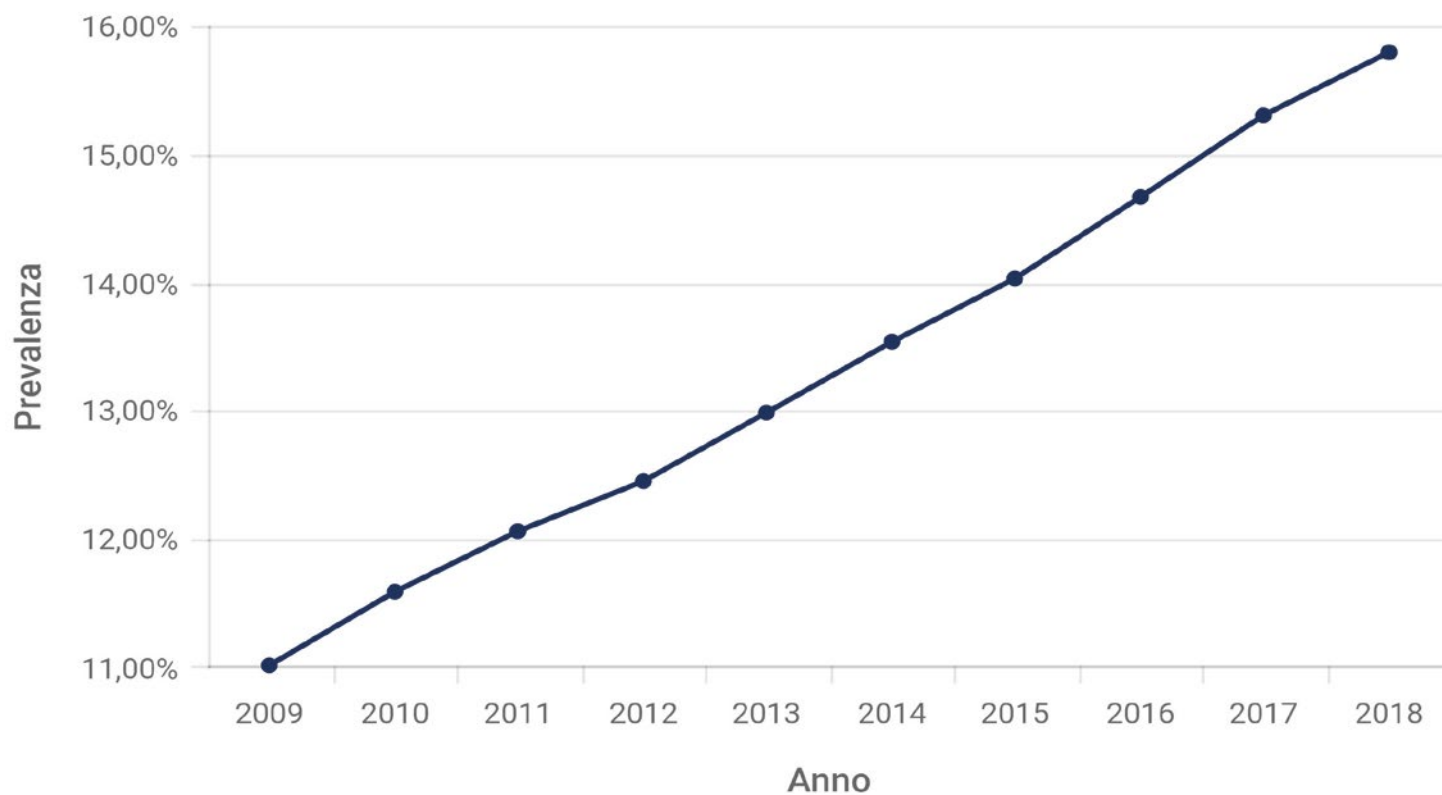
Anno	ACOLI	% Gen.ci	APSI	% Gen.ci	ALTRI APSI	% Gen.ci	MEM	% Gen.ci
2018	7,33	64,60	10,78	63,20	9,47	2,16	5,17	68,87
2017	7,28	58,47	10,68	56,57	9,86	1,12	4,99	58,52
2016	7,72	43,86	10,38	47,88	9,98	1,15	4,99	43,40
2015	8,15	32,73	9,65	40,27	10,51	1,06	4,92	30,57
2014	8,59	23,60	9,03	33,04	10,82	0,66	4,91	11,67
2013	8,97	14,24	8,04	23,47	10,88	0,20	4,69	0,18
2012	8,74	6,89	7,18	10,43	10,67	0,26	4,35	0,00
2011	8,93	0,00	7,04	3,45	11,02	0,05	3,66	0,00
2010	9,79	0,00	7,47	2,89	11,59	0,25	3,10	0,00
2009	10,23	0,00	7,12	2,95	11,32	0,29	1,92	0,00

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA (IPB)

PREVALENZA (2018)	15,8% della popolazione maschile
TREND 2009 - 2018	Trend crescente: dal 11,0% del 2009 al 15,8% del 2018.
DIFFERENZE GEOGRAFICHE	Si evidenzia un gradiente geografico da Nord a Sud (valori più elevati al Sud), così come procedendo da Est a Ovest (valori più elevati a Ovest).
DIFFERENZE DI ETÀ	Trend crescente all'aumentare dell'età con un picco nei pazienti ultra 85enni (55,1%).
PREVALENZA USO FARMACI	Riduzione nella prevalenza d'uso degli antagonisti dell'alfa adrenorecettore, dal 39,8% del 2009 al 39,0% del 2018; un calo è stato riscontrato anche per "altri farmaci" per l'IPB (da 2,3% del 2009 a 1,5% nel 2018). Al contrario, l'impiego di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi è risultato in crescita fino al 2014, dal 17,9% nel 2009 al 19,0% nel 2014, per poi decrescere fino al 18,4 del 2018.
QUOTA GENERICI	Il 21,7% delle prescrizioni di antagonisti dell'alfa adrenorecettore ha riguardato farmaci generici, così come il 20,1% delle prescrizioni di inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IPB:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● **Maschi**



PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER IPB

AAA: Antagonisti dell'alfa recettore adrenergico; IRED: Inibitore della testosterone 5alfa reducttasi; ALTRI: Altri farmaci per IPB

Anno	AAA	% Gen.ci	IRED	% Gen.ci	ALTRI IPB	% Gen.ci
2018	39,05	21,72	18,39	20,15	1,53	0,00
2017	38,54	21,97	18,50	14,66	1,44	0,00
2016	39,02	21,63	18,84	11,28	1,52	0,00
2015	38,74	21,80	18,87	7,90	1,70	0,00
2014	39,06	21,40	18,96	7,92	1,81	0,00
2013	38,99	21,95	18,56	5,89	1,86	0,00
2012	38,49	22,38	18,31	6,02	1,70	0,00
2011	39,29	21,07	18,51	5,71	1,84	0,00
2010	39,42	19,91	18,45	6,04	2,15	0,00
2009	39,80	18,13	17,93	6,54	2,29	0,00

MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO (MRGE)**PREVALENZA (2018)**

18,7%

TREND 2009 - 2018

Trend in forte crescita. Nel complesso l'aumento è stato dal 8,0% del 2009 al 18,7% del 2018.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Maggiore prevalenza al Centro-Sud, comprese le isole, rispetto al Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Campania (25,8%), seguita dalla Sicilia (24,5%), dalla Sardegna (23,1%) e dall'Abruzzo e Molise (22,5%).

DIFFERENZE DI GENERE

Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (20,8% vs. 16,5%).

DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza aumenta al crescere dell'età, con un picco nella fascia 75-84 anni sia per le donne (30,2%) che per gli uomini (25,1%). In entrambi i sessi la prevalenza tende a diminuire nella fascia degli ultra 85enni.

PREVALENZA USO FARMACI

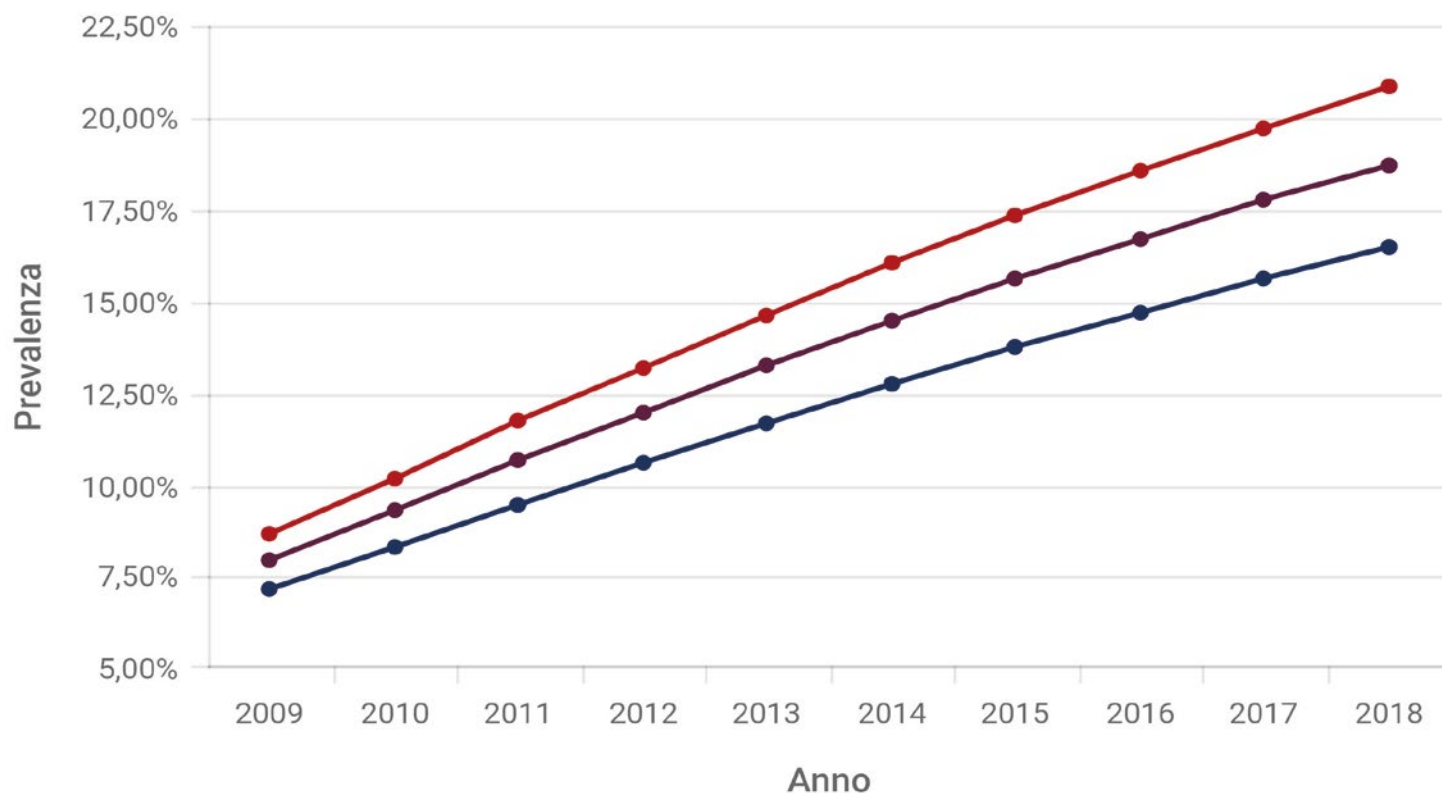
Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) risultano i farmaci maggiormente prescritti; dopo una fase di crescita dal 2009 (58,6%) al 2010 (61,1%), l'impiego di questa categoria terapeutica è calato progressivamente, fino a raggiungere il 46,0% nel 2018. Tutte le altre categorie terapeutiche analizzate hanno mostrato un costante calo nel loro impiego tra il 2009 e il 2018; in particolare gli antiacidi (da 10,9% a 7,2%), gli H2-antagonisti (da 3,0% a 2,0%) e gli altri farmaci per la MRGE (da 12,6% a 11,9%).

QUOTA GENERICI

La quota di farmaci generici prescritti nel 2018, è stata pari al 52,7% di tutte le prescrizioni degli H2 antagonisti, al 50,1% degli IPP e dello 0,3% degli antiacidi.

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI MRGE:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**

● Maschi ● Totale ● Femmine



PREVALENZA D'USO DI FARMACI GASTROPROTETTORI

IPP: Inibitori di pompa protonica; AACI: Antiacidi; AH2: H2 antagonisti; ALTRI: Altri farmaci per MRGE

Anno	IPP	% Gen.ci	AACI	% Gen.ci	AH2	% Gen.ci	ALTRI	% Gen.ci
2018	46,02	50,15	7,24	0,33	2,03	52,67	11,92	0,75
2017	48,24	39,09	7,41	0,33	2,08	52,64	12,10	0,73
2016	49,90	35,03	7,28	0,24	2,10	51,80	12,35	0,76
2015	53,38	33,55	7,64	0,19	2,25	48,16	12,48	0,85
2014	56,12	32,85	7,68	0,28	2,22	47,21	12,73	0,86
2013	57,44	31,08	7,38	0,22	2,28	48,03	13,00	0,76
2012	58,57	28,82	7,55	0,28	2,37	42,71	13,01	0,77
2011	60,42	26,75	8,57	0,21	2,60	37,43	12,72	0,81
2010	61,07	23,07	10,78	0,11	2,98	34,99	13,16	0,61
2009	58,58	21,08	10,90	0,08	2,97	38,05	12,63	0,60

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (IRC)**PREVALENZA (2018)**

6,7%

TREND 2009 - 2018

Trend in leggera crescita fino al 2017, dal 5,8% nel 2009 al 6,9% nel 2017, per poi calare nel 2018 (6,7%).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati nelle regioni del Centro Nord. La regione con la prevalenza più elevata è risultata la Valle d'Aosta (8,5%), seguita dall'Emilia Romagna (8,4%), Friuli-Venezia Giulia (8,3%) e dalla Liguria (7,8%).

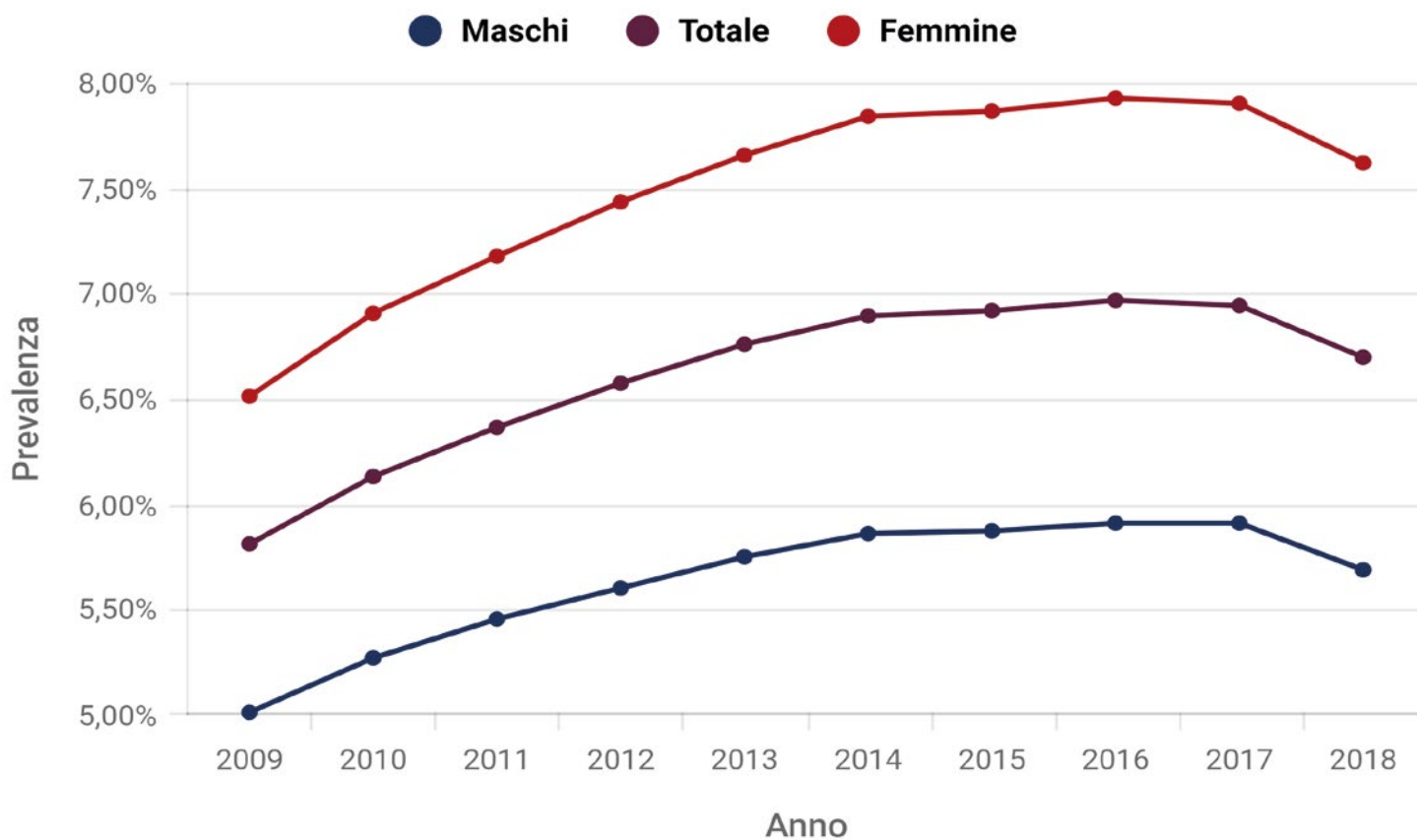
DIFFERENZE DI GENERE

Stime maggiori nelle donne rispetto agli uomini (7,6% vs. 5,7%).

DIFFERENZE DI ETÀ

Valori crescenti all'aumentare dell'età, raggiungendo il picco massimo negli ultra 85enni, sia tra le donne (37,4%), che tra gli uomini (34,2%).

**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI IRC:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



OSTEOARTROSI

PREVALENZA (2018)

20,9%

TREND 2009 - 2018

Trend in crescita dal 2009 (17,6%) al 2018 (20,9%).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati tra le regioni del Sud e nelle isole rispetto a quelli del Nord. Le regioni con la più alta prevalenza nel 2018 sono state la Campania (32,0%), seguita dalla Basilicata (25,7%), Sicilia (25,3%), Puglia (24,2%) ed infine la Sardegna (22,9%).

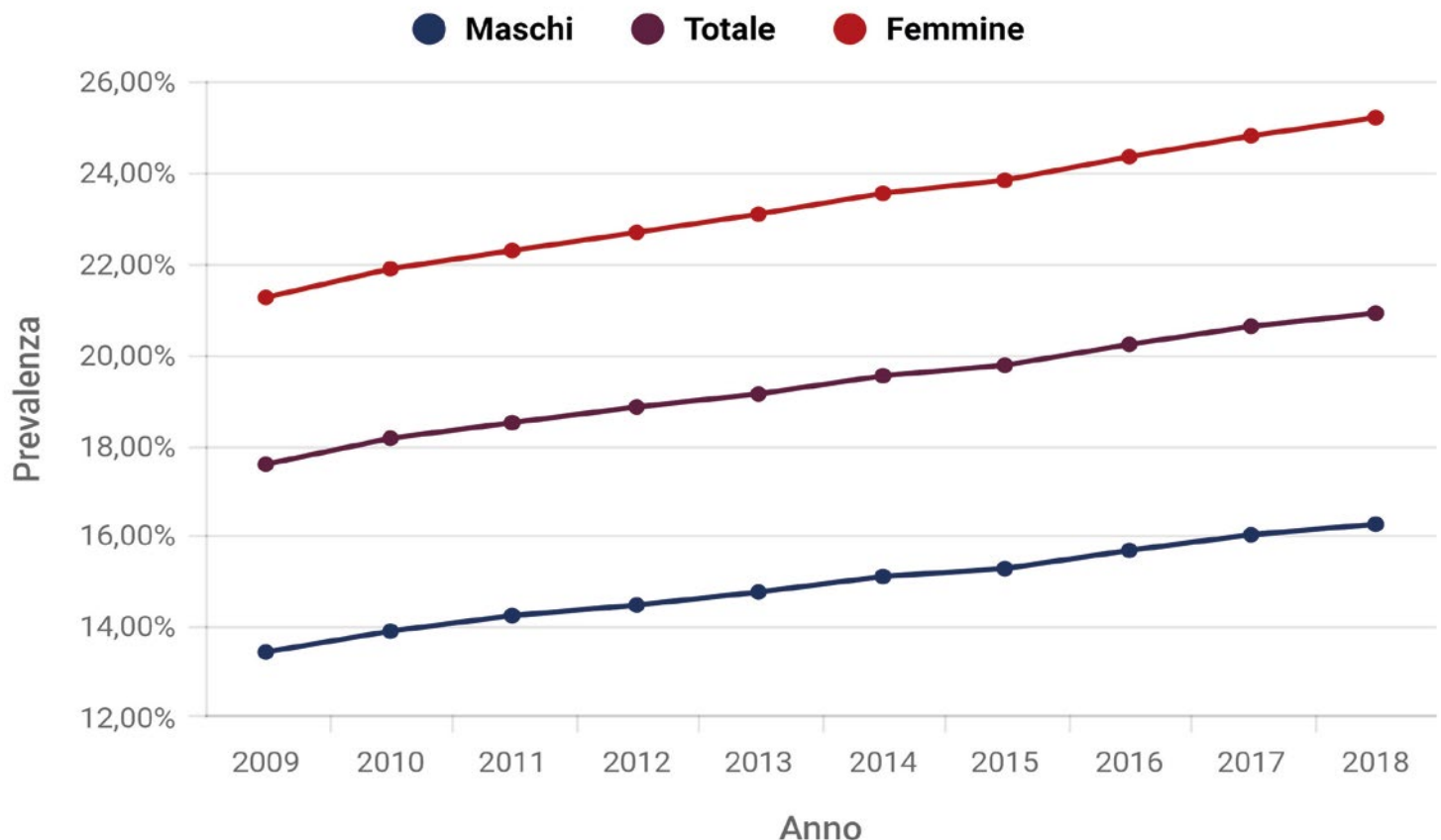
DIFFERENZE DI GENERE

Valori nettamente più elevati nelle donne rispetto agli uomini (25,2% vs. 16,3%).

DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza cresce al crescere dell'età, sia per gli uomini sia per le donne. Per entrambi i sessi il picco massimo di prevalenza si osserva tra gli ultra 85enni (63,2% per le donne e 51% per gli uomini).

PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI OSTEOARTROSI: ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



I TUMORI

Nel presente rapporto la prevalenza di tumori è stata stimata calcolando il **numero di persone che si sono ammalate di tumore, ne sono sopravvissute e sono in carico al MMG**. Pertanto, tale prevalenza rappresenta un'utile misura per valutare il "carico" sanitario dell'oncologia nella Medicina Generale.

TUMORE DELLO STOMACO

PREVALENZA (2018)

1,3‰

TREND 2009 - 2018

Moderatamente crescente dal 2009 (1,2‰) al 2018 (1,3‰).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni con le stime di prevalenza più elevate sono quelle del Centro, in particolare Marche (2,9‰), Umbria (1,7‰) e Toscana (1,6‰); tra le regioni del Nord la prevalenza più elevata si registra in Lombardia (1,9‰) ed in Friuli-Venezia Giulia (1,5‰).

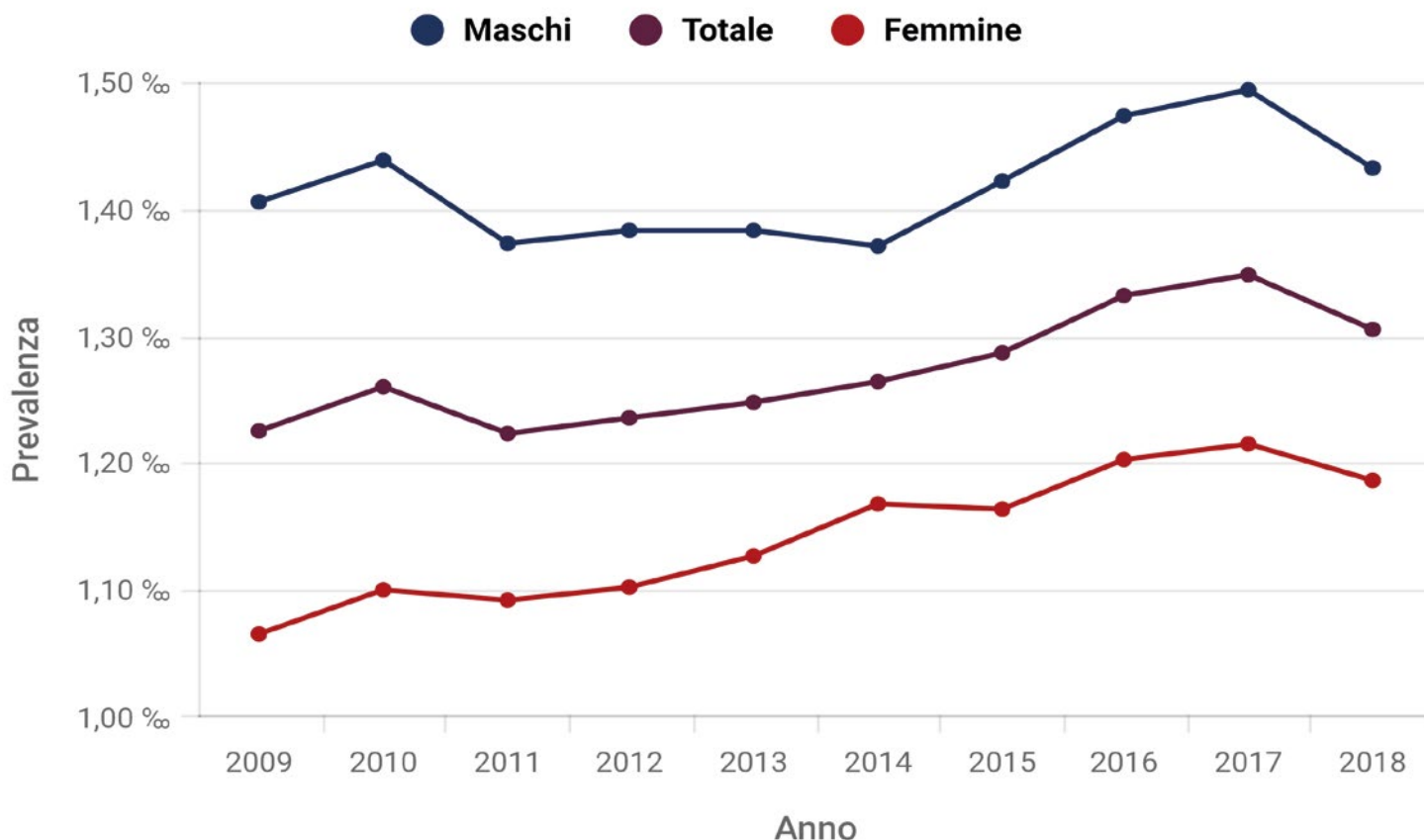
DIFFERENZE DI GENERE

Valori maggiori negli uomini rispetto alle donne (1,4‰ vs. 1,2‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza aumenta sensibilmente dopo il 65esimo anno di età, con valori nettamente più elevati nella popolazione anziana maschile rispetto a quella femminile. Il picco si raggiunge tra gli ultra 85enni (maschi 7,5‰ e femmine 4,3‰). La differenza tra i due sessi cresce all'aumentare dell'età.

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLO STOMACO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



MELANOMA MALIGNO

PREVALENZA (2018)

4,3‰

TREND 2009 - 2018

Crescita sensibile: dall'2,3‰ del 2009 fino al 4,3‰ del 2018.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime maggiori al Nord e al Centro. Le regioni con la prevalenza più elevata sono state: Valle d'Aosta (9,6‰), Lazio (7,3‰), Friuli-Venezia Giulia (6,3‰), Trentino-Alto Adige (6,0‰) e Veneto (5,8‰).

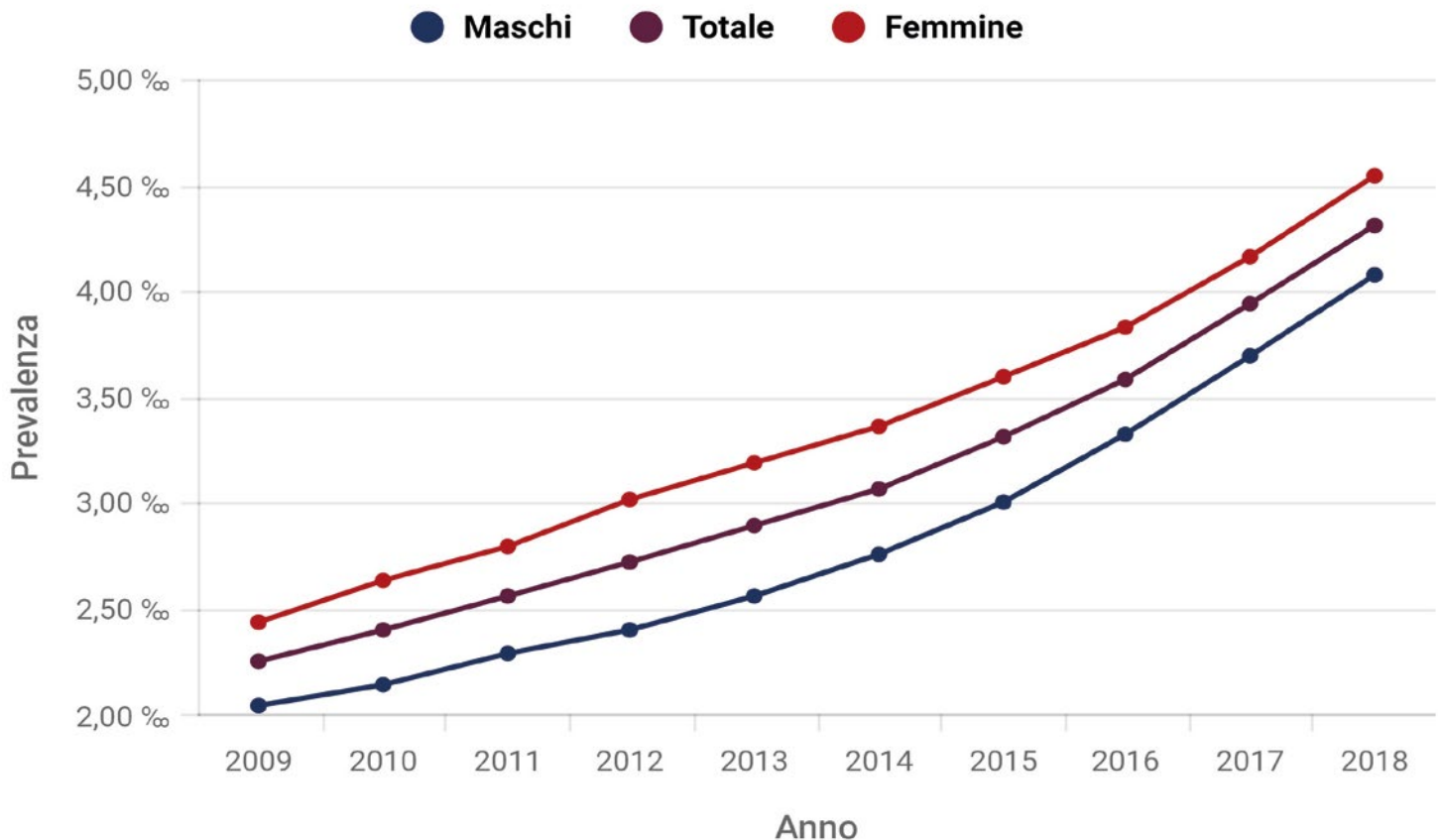
DIFFERENZE DI GENERE

Valori superiori nelle femmine rispetto ai maschi (4,5‰ vs. 4,1‰)

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, sebbene si osservi una prevalenza rilevante anche nei soggetti più giovani. Le donne mostrano valori di prevalenza superiori agli uomini fino alla fascia di età 55-64 anni. Viceversa, dal 65esimo anno, gli uomini presentano stime di prevalenza superiori a quelle delle donne. Per entrambi i sessi il picco di prevalenza si raggiunge nella fascia 75-84 anni (9,6‰ per gli uomini e 6,2‰ per le donne).

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI MELANOMA MALIGNO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



TUMORE DEL COLON-RETTO

PREVALENZA (2018)

7,6‰

TREND 2009 - 2018

Trend in crescita dal 2009 al 2018: da 5,9‰ a 7,6‰.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni del Centro e del Nord Italia presentano stime di prevalenza nettamente più elevata, mentre il Sud appare l'area geografica a prevalenza più bassa. Le regioni con le più alte prevalenze sono risultate Valle d'Aosta (10,3‰), Marche (9,9‰), Liguria (9,8‰), Toscana (9,6‰) e Umbria (8,9‰).

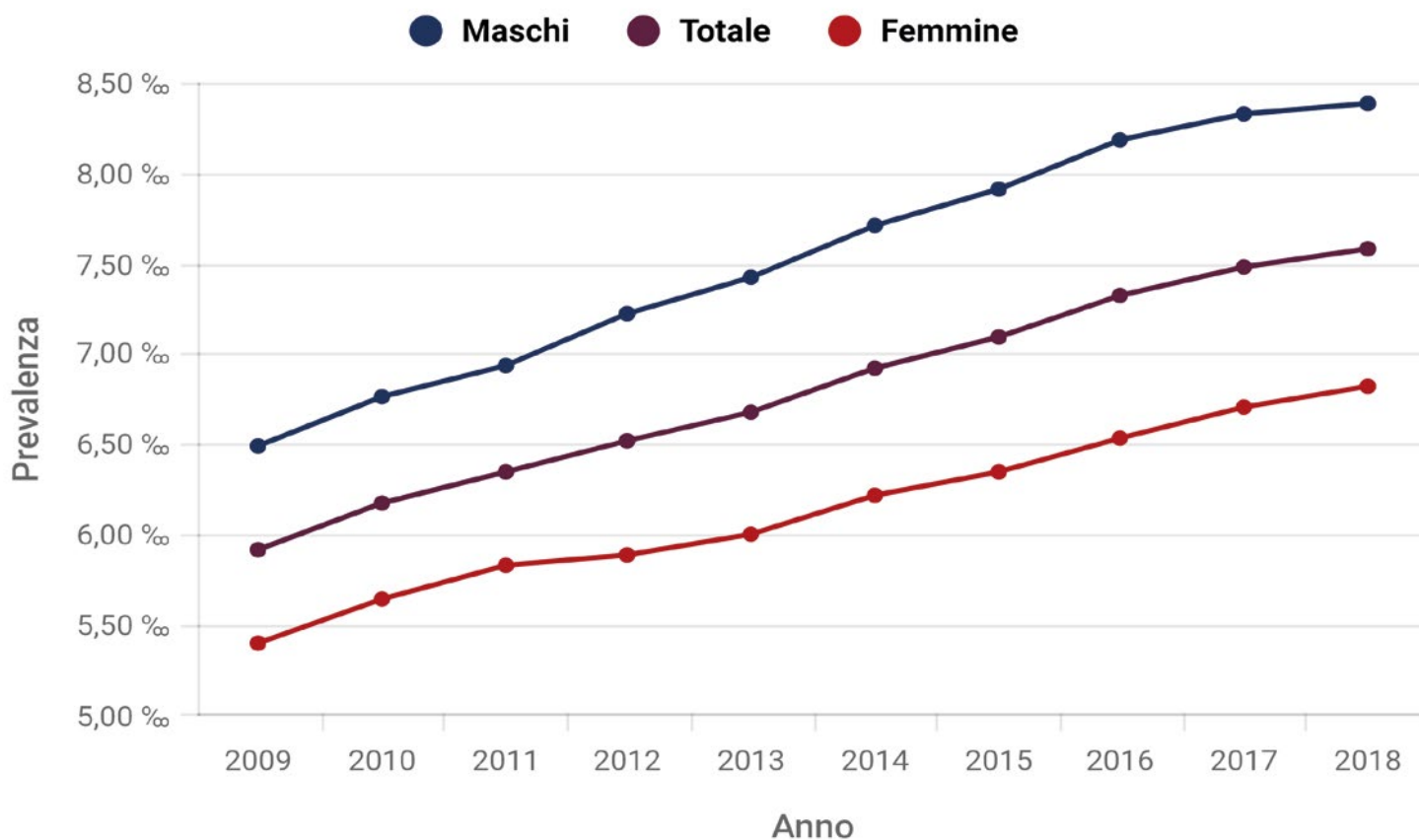
DIFFERENZE DI GENERE

Valori maggiori nei maschi rispetto alle femmine (8,4‰ vs. 6,8‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend associato positivamente al crescere dell'età per entrambi i sessi, con un importante incremento nei maschi ultra 65enni. Il picco di prevalenza si riscontra tra gli ultra 85enni (maschi 43,5‰ e femmine 25,2‰).

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DEL COLON-RETTO:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



TUMORE AI POLMONI

PREVALENZA (2018)

2,0‰

TREND 2009 - 2018

Lieve crescita: dall'1,4‰ del 2009 fino all'2,0‰ del 2018.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Le regioni a maggior prevalenza risultano Lazio e Valle d'Aosta (2,9‰ ciascuna), Emilia Romagna (2,7‰), Toscana (2,3‰) e Umbria (2,2‰).

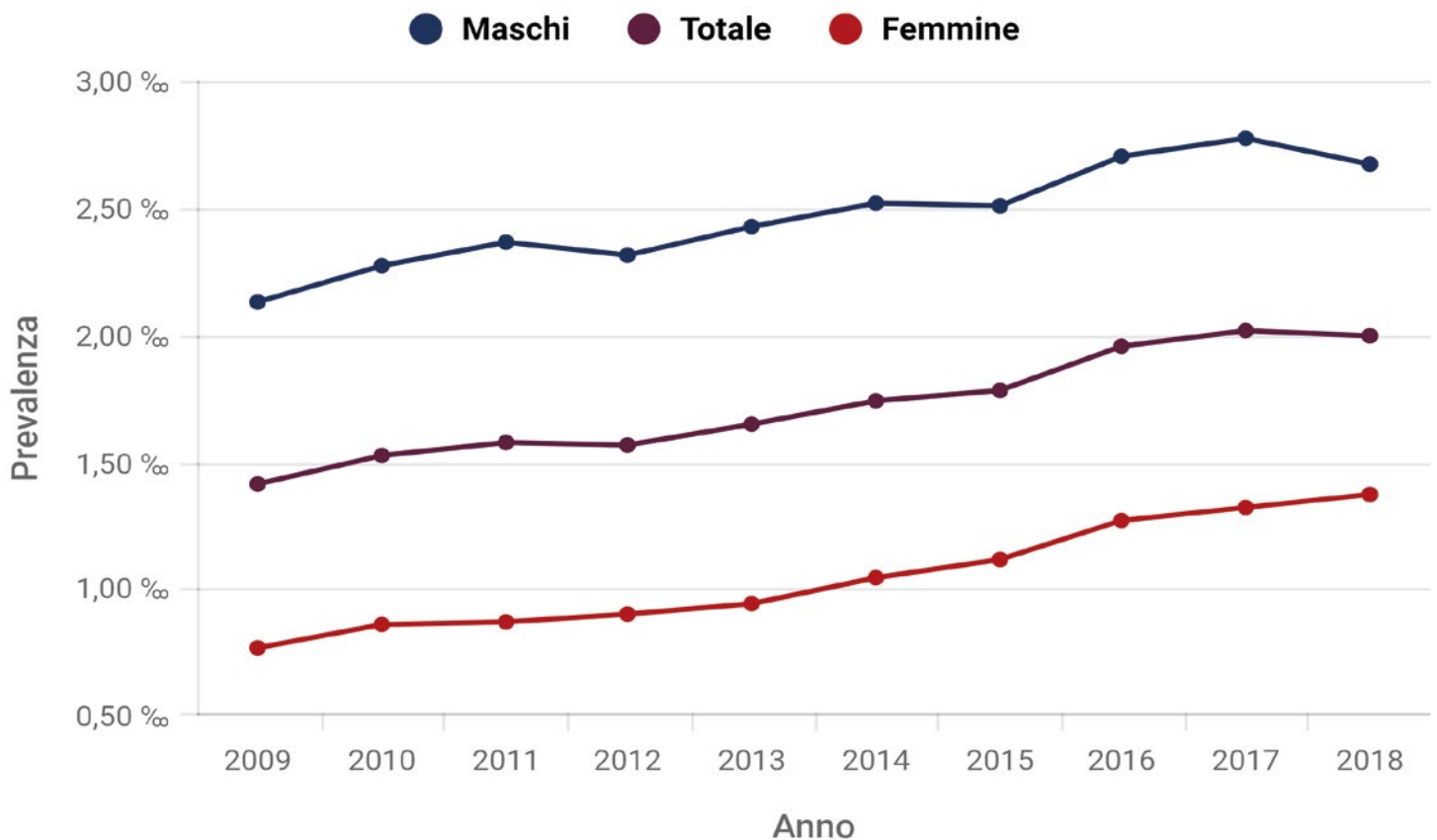
DIFFERENZE DI GENERE

Valori sensibilmente maggiori nei maschi rispetto alle femmine (2,7‰ vs. 1,4‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un picco tra 75 e 84 anni (maschi 10,2‰ e femmine 3,8‰) e una sensibile riduzione delle stime negli ultra 85enni. Il sesso maschile mostra valori di prevalenza superiori rispetto alle donne in tutte le fasce di età, e in particolare dopo i 75 anni.

PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE AI POLMONI:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)



TUMORE DELLA PROSTATA

PREVALENZA (2018)

14,9‰ della popolazione maschile.

TREND 2009 - 2018

Trend in forte e costante crescita: da 10,9‰ del 2009 a 14,9‰ del 2018.

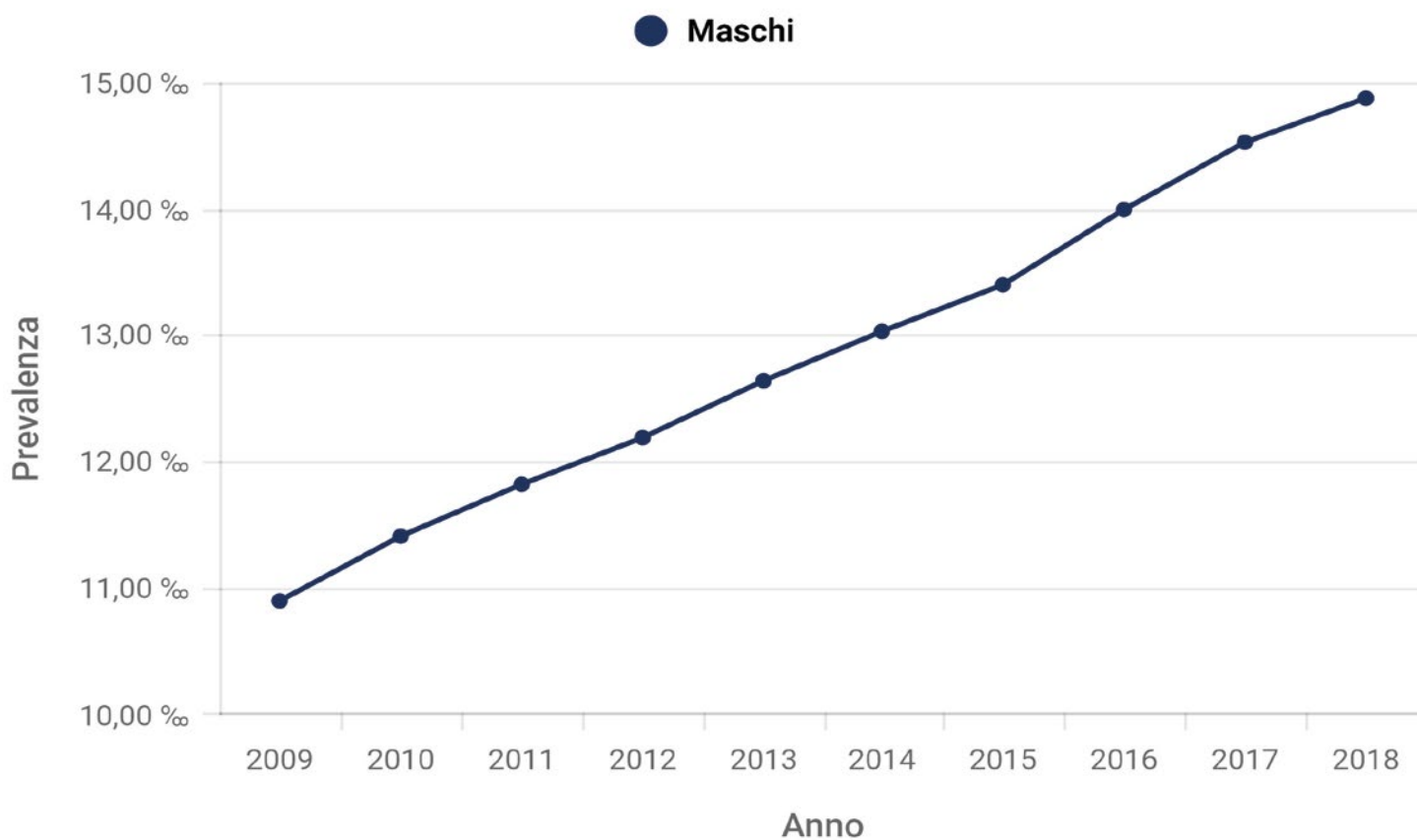
DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Stime maggiori nel Nord e nel Centro. La regione con la prevalenza più elevata è stata la Valle d'Aosta (26,8‰), seguita dall'Emilia Romagna (20,8‰), Friuli-Venezia Giulia (20,5‰), Liguria (19,2‰) e Lombardia (16,9‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età, con un consistente incremento a partire dal 65esimo anno. Il picco di prevalenza si raggiunge tra gli uomini ultra 85enni con un valore di 80,3‰.

**PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA PROSTATA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**



TUMORE DELLA MAMMELLA

PREVALENZA (2018)

15,1‰

TREND 2009 - 2018

Trend crescente che, per le donne varia dal 22,4‰ del 2009 al 28,9‰ del 2018. La prevalenza nel sesso maschile rimane pressoché costante in tutti gli anni, con valori pari allo 0,2‰.

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Gradiente geografico, con prevalenze più elevate al Centro Nord. Le regioni con le stime più elevate sono risultate Emilia Romagna (20,1‰), Liguria e Friuli-Venezia Giulia (19,1‰ ciascuna).

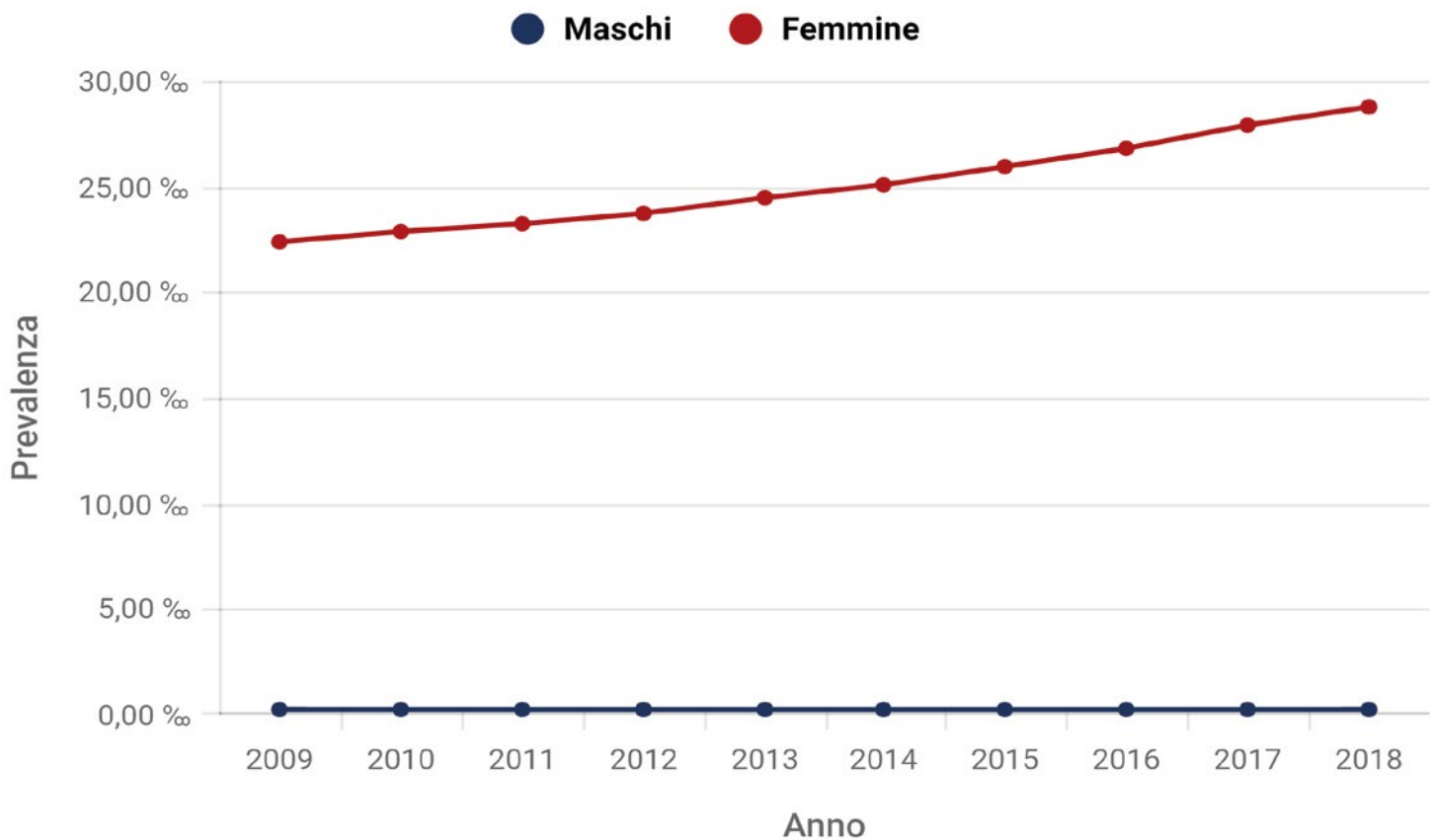
DIFFERENZE DI GENERE

Stime di gran lunga più elevate nelle donne rispetto agli uomini (28,9‰ vs. 0,3‰).

DIFFERENZE DI ETÀ

Trend crescente al crescere dell'età con un picco nelle donne di 75-84 anni (64,3‰). Tra gli uomini la prevalenza raggiunge al massimo l'1,4‰ nella fascia 75-84 anni.

**PREVALENZA (‰) "LIFETIME" DI TUMORE DELLA MAMMELLA:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2009-2018)**





WWW.HEALTHSEARCH.IT

Una fotografia istantanea, nitida e obiettiva della Medicina Generale Italiana e dei suoi cambiamenti nel tempo. Questo Report fornisce una visione aggiornata delle numerose sfaccettature dell'operato dei Medici di Medicina Generale: dal carico di lavoro, alla prevalenza e management delle patologie a maggior impatto sociale, fino all'attività di ricerca dei medici su tematiche di grande interesse clinico e scientifico. Il Report, inoltre, descrive nel dettaglio le scelte prescrittive operate dal Medico di Medicina Generale, in termini di molecole e ricorso ai farmaci generici, al fine di giungere a valutazioni sull'appropriatezza di impiego dei farmaci e sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Il XIII Report Health Search si conferma una fonte di informazioni unica e insostituibile, rappresentando, pertanto, uno strumento di riferimento per tutti gli attori del panorama sanitario Nazionale e Internazionale: Medici di Medicina Generale, Epidemiologi, Amministratori Sanitari, Operatori della Salute, Ricercatori e tutti coloro che sono interessati ad approfondire le loro conoscenze sulla Medicina Generale Italiana.

Questo report è disponibile per libera consultazione e download nel sito web: www.healthsearch.it

Per informazioni in merito ai dati in esso contenuti è possibile contattare l'istituto di ricerca SIMG-Health Search alla casella e-mail: info@healthsearch.it

Area BURNOUT

Esplorazione dei vissuti dei medici di famiglia e dei pazienti paucisintomatici per COVID-19, nel cambio di prassi assistenziale durante la pandemia: una ricerca qualitativa

Maria Milano¹, Veronica Mulatero²

¹ SIMG, SiPeM, ² CFSMG Piemonte

INTRODUZIONE: Durante la pandemia COVID-19, i medici di medicina generale (MMG) senza protocolli istituzionali e senza rete con gli ospedali hanno trovato da soli soluzioni, introvabili DPI, in balia di informazioni discrepanti in continua revisione; alcuni hanno negato l'epidemia e visitato senza DPI, rischiando la propria vita. La migliore strategia per ridurre il contagio è stata la proposta FIMMG/SIMG di limitare l'accesso, con chiare procedure per il monitoraggio telefonico. Ogni MMG ha gestito decine di persone paucisintomatiche e il telefono è diventato il principale strumento di comunicazione. L'obiettivo di questo studio è esplorare il vissuto del medico e del paziente in relazione al cambiamento assistenziale durante l'emergenza coronavirus.

MATERIALI E METODI: Ricerca qualitativa, con approccio fenomenologico e utilizzo di interviste narrative rivolte a MMG e pazienti dell'ASLTO3, analizzate con la Content Analysis di tipo convenzionale. È in corso l'analisi relativa ai pazienti.

RISULTATI: Intervistati 25 MMG, 11 donne e 14 uomini, tra i 30 e i 65 anni; 10 in Case della Salute, 5 da soli, gli altri in medicina di gruppo. Quasi tutti hanno descritto un cambio del rapporto medico/paziente per gli "ambulatori vuoti e attività prevalentemente da centralinisti": per alcuni ciò ha causato un indebolimento della relazione, per altri un rafforzamento. A tutti è mancato "il contatto fisico dell'esame obiettivo", ma anche "l'osservazione del linguaggio non verbale e la mimica, spesso rivelatrici". Per molti "difficoltà nel prendere decisioni cli-

niche telefonicamente, dovendosi affidare solo alle affermazioni dei pazienti". Per tutti l'utilizzo del telefono ha ampliato l'orario lavorativo ben oltre gli orari stabiliti. I più si sono sentiti "privi di competenze specifiche e impotenti nell'affrontare questa novità, abbandonati dal SSN". Diversi hanno indicato difficoltà con i nuovi canali di comunicazione (e-mail e videotelefonate). Le emozioni prevalenti: rabbia, incertezza, ansia, paura, stanchezza e senso di abbandono. Qualcuno ha anche mostrato "curiosità e impegno per capirci di più", ha sperimentato nuove modalità lavorative e scoperto una "nuova solidarietà sia con i pazienti ('come sta il dottore?') che con i colleghi, con la creazione di una vera e propria rete". Rispetto a cosa è stato più utile professionalmente: per tutti "indubbiamente la svolta sono state le linee guida SIMG e FIMMG" e strategica l'informatica. Segnalata la mancanza di strumenti (saturimetri ed ecografi) e non avere da subito un portale comunicativo con il SISP. Basilare il confronto con i colleghi talora anche con "riunioni di corridoio". Supporto vitale alla resilienza personale: per molti la famiglia, per alcuni lo yoga, la meditazione, la lettura, la musica, la cucina e il giardinaggio; alcuni non sono mai riusciti "a staccarsi dal lavoro".

CONCLUSIONI: Questi MMG hanno dimostrato una buona resilienza, implementando istintivamente quei fattori che la attivano e prevengono il rischio di sviluppare un Disturbo posttraumatico da stress: un'utile prova generale prima di affrontare il prossimo lungo e pesante autunno/inverno/primavera pandemico.

Operatori sanitari in emergenza COVID

Donatella Paggetti¹, Barbara Vadalà¹,
Valentina Chisciotti¹, Annalisa Lumini¹,
Marta Mengonii¹, Benedetta Romboli¹,
Bianca Venezia¹, Carlo Mugelli¹

¹ Casa di Cura Villa Ulivella e Giucini, IFCA, Firenze

INTRODUZIONE: Il lockdown dovuto all'emergenza COVID è stato un momento critico a forte impatto: un vero e proprio evento traumatico. Il sistema sanitario ha dovuto affrontare cambiamenti importanti: trasformazione del lavoro con pressioni e stress fortemente aumentati, cambiamenti di procedure e rischi amplificati. In quel frangente delicato abbiamo pensato di indagare i vissuti degli operatori.

MATERIALI E METODI: Abbiamo effettuato un'analisi qualitativa tramite il colloquio in videochiamata e un'analisi quantitativa utilizzando due strumenti: la STAY e l'IES. La prima, suddivisa in due scale, valuta l'ansia di stato (come il soggetto si sente quando compila il test) e l'ansia di tratto con quesiti che vertono su come si percepisce abitualmente. Questa distinzione permette di discriminare fra l'ansia intesa come sintomo e l'ansia come modalità abituale di risposta agli stimoli esterni. L'Impact of Event Scale valuta l'angoscia causata da eventi traumatici. Il gruppo di studio è composto da 18 persone: 6 medici, 6 infermieri e 6 operatori sanitari.

RISULTATI: I punteggi ottenuti dai soggetti, tenendo presente che si tratta di un gruppo piccolo e quindi non molto significativo dal punto di vista statistico, ci permettono di fare qualche riflessione. Emergono differenze fra il gruppo dei medici e quello degli infermieri e Oss. I medici mostrano punteggi maggiori nelle due scale, in sintonia con quanto emerso nei videocolloqui. Le tematiche emerse riguardavano la paura di essere contagiati e il peso delle faticose modalità di tutela adottate in famiglia per ridurre i rischi (spazi separati dai figli, assenza di contatti fisici coi familiari...). Abbiamo punteggi di ansia elevati in tutti, sia di stato sia di tratto. Venendo, tuttavia, ad analizzare le specifiche professioni notiamo che nei medici l'ansia di stato è chiaramente superiore a quella di tratto; e in 3 di loro è assai elevato anche il punteggio allo IES. Negli infermieri i punteggi dell'ansia sono abbastanza alti, ma soltanto in 2 è maggiore quella di stato rispetto a quella di tratto, mentre i punteggi allo IES sono più contenuti. Possiamo ipotizzare

How to cite this article: 37° Congresso Nazionale SIMG - Abstract. Rivista SIMG 2020;27(6):59-90.

© 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>

che tali quote di ansia non siano imputabili al momento presente, ma ad altri fattori. Anche nei video colloqui emergono minori preoccupazioni. Risultati simili agli Infermieri abbiamo rilevato negli Oss dove fra l'altro i punteggi allo IES sono generalmente più bassi.

CONCLUSIONI: I medici evidenziano importanti preoccupazioni rispetto alla possibilità di contrarre il COVID: sperimentano ansia, preoccupazione, paura e provano dispiacere per le misure adottate per proteggere la famiglia, così come uno stato di all'erta e "confusione" per la situazione generale "non abbastanza chiara", per la mancanza di linee guida da parte di organi competenti al di sopra della Struttura "sufficientemente chiare". Hanno espresso preoccupazioni relative al proprio ambito familiare ovvero il "timore di portare a casa qualcosa" e l'adozione di precauzioni specifiche. Gli infermieri hanno, invece, espresso una certa tranquillità, soprattutto motivandola col fatto che quello "era il loro

lavoro, che prendevano le precauzioni necessarie, che ci sono sempre dei rischi in tale attività e bisogna farci i conti senza lasciarsi la testa". Hanno mostrato un atteggiamento più "pratico", connesso alla consapevolezza di quanto potevano gestire in modo autonomo nelle operazioni che erano chiamati a svolgere e in parte "capaci" di affidarsi a chi prendeva le decisioni sulle procedure. Gli Oss, in modo meno articolato, hanno espresso opinioni simili agli infermieri. Si tratta di dati raccolti nel periodo clou dell'emergenza (marzo 2020). Quale impronta tale vicenda abbia poi lasciato è materiale ancora tutto da studiare. Sono aperti importanti interrogativi: come gli operatori sanitari abbiano sostenuto questo stato di allarme prolungato, quale il prezzo da pagare, quali le trasformazioni profonde. L'indagine svolta ha fatto intravedere un approccio diverso fra i medici e gli altri due gruppi. Potremmo ipotizzare che questo rimandi a strutture di personalità diverse e anche all'operatività diversa che tali

professioni comportano. I medici spesso sono portatori di aspetti "onnipotenti" che si esprimono nella volontà di curare e di guarire e che rendono loro più difficile confrontarsi con l'impotenza. Gli altri operatori sanitari, più centrati su aspetti pragmatici, e più orientati al "prendersi cura" piuttosto che al "guarire", hanno probabilmente una maggiore facilità a restare nel "qui e ora" e nell'accettare gli eventi. Anche le diverse età dei soggetti possono essere causa del diverso carico di stress. Si tratta, ovviamente, di ipotesi tutte da approfondire. Un'altra ipotesi interessante da approfondire potrebbe essere quella connessa al perché tutti avrebbero quote di ansia di tratto medio-alte e a quanto incide la professione. Quanto il confrontarsi quotidianamente con la malattia e la morte può aumentare l'ansia, quanto – di contro – siano persone con strutture di personalità portatrici di ansia che scelgono queste professioni, poiché permettono loro di canalizzare quote di ansia.

Area CARDIOVASCOLARE

La diagnosi di endocardite in Medicina Generale: un case report sul ruolo dell'ecografia clinica

Silvia Dubini¹, Massimo Monti²

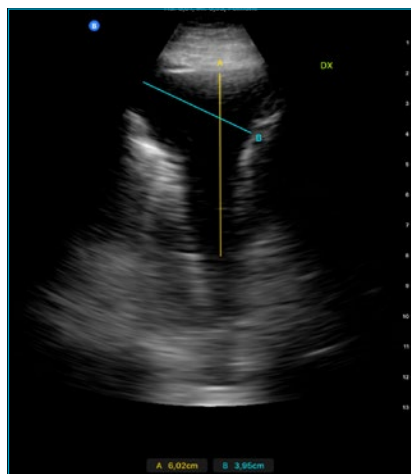
¹ MMG, Caronno Pertusella, VA (SIMG Varese), ² MMG, Mozzate, CO (SIMG Varese)

INTRODUZIONE: L'endocardite batterica subacuta si presenta in maniera subdola e con sintomi aspecifici quali astenia e piresia: spesso la diagnosi è possibile solamente in presenza di complicanze maggiori come shock settico, embolizzazione, insufficienza valvolare acuta. L'utilizzo della "Point Of Care Ultrasonography" è un valido strumento per porre diagnosi nel contesto della Medicina Generale.

MATERIALI E METODI: Il paziente in studio, giunto all'attenzione del medico di medicina generale per tosse, astenia, calo ponderale, deflessione del tono dell'umore e artralgie localizzate prevalentemente ai cingoli è stato seguito con l'ecografia clinica, con sonda portatile Butterfly iQ, per tutta la fase diagnostica, parallelamente all'esecuzione di esami ematochimici e radiologici quali radiografia del torace e TAC torace/addome con e senza MDC: il paziente non ha mai manifestato segni

o sintomi dirimenti quali piresia, precordialgia o dispnea. Il primo sospetto diagnostico è stato quello di polimialgia reumatica primitiva, che giustificava la localizzazione delle artralgie, per cui è stata impostata terapia con prednisone a scalare con parziale beneficio. La persistenza dell'astenia profonda, degli elevati indici di flogosi e la negatività dei marker di autoimmunità e patologia neoplastica hanno guidato la diagnosi differenziale insieme all'evoluzione del quadro ecografico e alla negatività della radiologia tradizionale per patologia oncologica. Il

FIGURA 1.



paziente è stato sottoposto anche a test sierologico rapido IgM/IgG per COVID19 con esito di negatività.

RISULTATI: L'utilizzo dell'ecografia clinica fin dalle prime fasi di malattia ha permesso di rilevare precocemente la presenza dapprima di versamento pleurico destro (Fig. 1), successivamente di infarti splenici multipli (Fig. 2) e infine di individuare una vegetazione aortica (Fig. 3) mobile a elevatissimo rischio emboligeno condizionante insufficienza valvolare massiva. Il paziente è stato tempestivamente ospedalizzato e sottoposto ad antibiotico terapia e sostituzione valvolare con protesi biologica. Sono state raccolte tre emocolture positive per *Streptococcus Gallolyticus*: la colonoscopia eseguita durante la fase riabilitativa non ha

FIGURA 2.

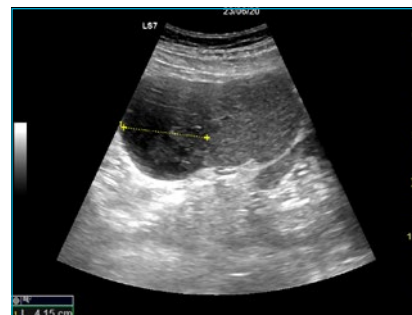
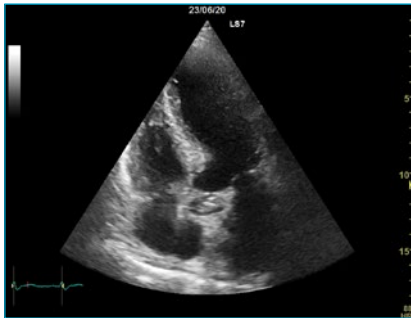


FIGURA 3.



mostrato lesioni significative per possibile fonte settica. Il paziente era stato trattato per otite media acuta su perforazione cronica poche settimane prima della comparsa dei sintomi, tuttavia il distretto testa-collo non è indicato in letteratura come una frequente fonte settica del patogeno rilevato.

CONCLUSIONI: L'ecografo si presenta come "lo stetoscopio del XXI secolo": l'ecografia può guidare molte diagnosi nello studio del medico di medicina generale, sia per i MMG "con interesse particolare" che per i MMG che praticano

solamente l'ecografia clinica. Essa permette di individuare precocemente patologie con complicanze potenzialmente fatali per il paziente, come l'endocardite batterica, ma anche di gestire sul territorio patologie come la nefrolitiasi, la colelitiasi e le infezioni delle basse vie aeree, evitando plurimi accessi in Pronto Soccorso ed esami di secondo livello e permettendo di selezionare i pazienti che necessitano di ospedalizzazione precoce.

Area CURE PALLIATIVE

Il medico di medicina generale nelle cure palliative domiciliari: inchiesta qualitativa fra 12 medici di medicina generale della città di Treviso

Carla Zanata

DES en MG – DMG Université de Paris, site Bichat

INTRODUZIONE: Questo lavoro rappresenta la tesi conclusiva della specializzazione in Medicina Generale svolta presso l'università di Parigi, Paris Diderot. La tesi verrà sostenuta in ottobre 2020. Dalla mia esperienza personale e professionale, il medico di base ha un ruolo fondamentale nell'ambito delle cure domiciliari, in particolare nelle cure palliative per i pazienti e i caregiver familiari. Nel 2010 la legge italiana ha garantito e promosso il diritto alle cure palliative promuovendone lo sviluppo in ambito territoriale. In questo lavoro, l'obiettivo principale è stato quello di esplorare le rappresentazioni che i medici intervistati hanno del loro ruolo e dei loro sentimenti durante la cura dei pazienti presi in carico per cure palliative a domicilio. Gli obiettivi secondari sono stati quelli di identificare le difficoltà incontrate durante queste cure, nonché gli elementi favorevoli a questa presa in carico di fine vita, al fine di determinarne possibili aree di miglioramento.

MATERIALI E METODI: Si tratta di uno studio qualitativo su 12 medici di medicina generale (MMG) che esercitano a Treviso e nella sua periferia, attraverso interviste semi-strutturate, realizzate di persona, anonimizzate. Le interviste sono state analizzate secondo l'individuazione di frasi chiave, l'individuazione di temi comuni e la formazione di un albero tematico.

RISULTATI: L'analisi tematica delle interviste ha portato a 7 temi di riflessione: il coinvolgimento emotivo, il ruolo del medico di famiglia in queste cure, gli aspetti socio-antropologici, i sentimenti di questi medici, la loro visione delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare, dei servizi locali di cure palliative. Da questo studio emerge una cura centrata sul paziente, caratterizzata da un forte carico emotivo, da difficoltà pratiche come mancanza di tempo e sovraccarico burocratico. Il sistema delle cure palliative del territorio esplorato è ritenuto efficace dai MMG che desiderano trarne vantaggio e integrarlo per un supporto completo e multidisciplinare in favore del paziente e della sua famiglia. La famiglia è vista come uno degli elementi fondamentali per il successo di questa cura a casa.

CONCLUSIONI: Una riflessione su l'organizzazione di un supporto psicologico appropriato nonché un'indagine volta a identificare le problematiche cliniche più importanti rilevate dai MMG, volta a offrire una formazione mirata ed efficace sulle cure palliative, potrebbero migliorare queste cure dove i medici di medicina generale risultano già così coinvolti.

Il ruolo del medico di medicina generale in cure palliative

Cecilia Ghizzoni¹, Giulia Rioli², Daniele Govi³

¹ MMG, AUSL di Reggio Emilia, ² PhD International School in Clinical and Experimental Medicine, Dipartimento di Scienze Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia,

³ MMG e medico palliativista, AUSL di Reggio Emilia

INTRODUZIONE: Obiettivo dello studio è approfondire come le Cure Palliative (CP) coin-

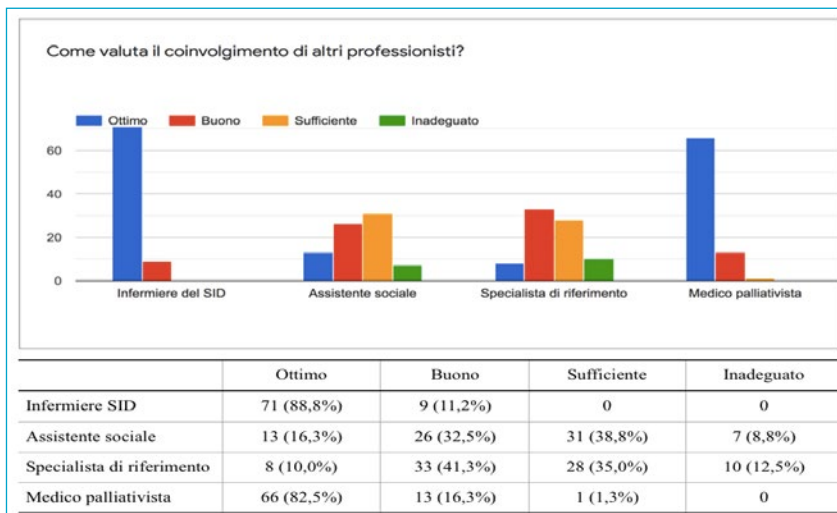
volgono il medico di medicina generale (MMG) nella pratica assistenziale. In letteratura sono condivise esperienze di varie realtà nazionali; sul territorio italiano sono descritti l'organizzazione e le conoscenze in materia di CP, senza indagare la percezione dell'operato dei MMG.

MATERIALI E METODI: Sono state utilizzate in successione diverse metodiche: revisione narrativa della letteratura sul ruolo del MMG in CP; analisi con modalità cross-sectional dell'attività semestralmente svolta in CP nel distretto di Montecchio Emilia dal dottor. Daniele Govi, MMG e medico palliativista; analisi quali-quantitativa di un questionario rivolto ai MMG dell'AUSL di Reggio Emilia (RE) per valutarne le opinioni su coinvolgimento, criticità e formazione in CP.

RISULTATI: Dall'analisi narrativa della letteratura, emerge il ruolo dei MMG quali responsabili dell'assistenza domiciliare, volti a tutelare il percorso di cura nel fine vita. Il prioritario coinvolgimento di altri servizi risulta frequente per hospices, servizi specialistici di CP (SPCS), team di CP domiciliari ma limitato per psicologi, assistenti sociali e spirituali. L'eterogenea organizzazione dei servizi territoriali nelle realtà nazionali, si ripercuote sull'organizzazione delle CP domiciliari. Numerosi studi evidenziano la mancanza di formazione accademica in CP, ne conseguono lacune nelle competenze e nelle abilità comunicative dei MMG. Nell'analisi cross-sectional sono state semestralmente conteggiate 168 prestazioni di CP, la maggior parte (48,81%) erogate in regime domiciliare. Nell'AUSL di RE, il MMG svolge parallelamente alla propria attività in convenzione, l'attività di medico palliativista e lavora all'interno di un'équipe in diversi nodi della rete. Nel 30% dei casi i pazienti non sono stati seguiti in un setting esclusivo ma i nodi della rete si sono tra loro integrati e succeduto-

ti. Al questionario hanno partecipato 80 MMG dell'AUSL di RE (il 30% in possesso di Master in CP), ognuno ha avuto in carico un numero di malati terminale molto variabile: da 0 a 400 in un anno (media 12,31, DS 45,79). La motivazione prioritaria all'impegno dei MMG in CP è la realizzazione di un desiderio del paziente o dei famigliari e l'abilità spesa con maggior successo (82,5%), è la comunicazione con il paziente e la famiglia. La conoscenza e il controllo dei sintomi, non costituisce generalmente una difficoltà. Il coinvolgimento di altri operatori sanitari (Fig. 1) è ottimo per Servizio Infermieristico Domiciliare e medico palliativista, sufficiente per servizi sociali, problematico per specialista di riferimento. Rappresentano difficoltà il tempo a disposizione (63,8%), la burocrazia per attivare percorsi di cura (60,0%) e la continuità assistenziale h 24 e nei festivi (52,5%). Il giudizio sulla formazione risulta variegato: certamente carente in ambito accademico e prevalentemente negativo per il CFSMG (dei 53 MMG che ne hanno preso parte, solo il 37,7% attribuisce un giudizio positivo); al contrario globalmente positivo per corsi di formazione o aggiornamento (73,8%) e per il lavoro di équipe (81,3%).

FIGURA 1.
Coinvolgimento di altri servizi.



CONCLUSIONI: L'organizzazione "a rete", prevista a livello regionale, è una valida risposta ai bisogni multidimensionali dei pazienti terminali. La collaborazione tra MMG ed équipe CP risulta buona sul territorio, da implemen-

tare con specialisti di riferimento e servizi socio-assistenziali. Si rende necessario lo sviluppo di programmi educativi trasversali, da mantenere a diversi livelli del percorso di studio e lavoro.

Area DERMATOLOGICA

Chronic venous disease of the lower limbs and its complications in general medicine: the role of the expert doctor

G. Adamo¹, P.L. Antignani²

¹ General practitioner (GP) and Director "Centro Medicina vascolare", Modica, ² Director Vascular Centre "Nuova Villa Claudia", Roma

BACKGROUND: The aim of the study was to evaluate the active role of the general practitioner (GP) "with particular vascular interest" in the management of the phlebopathic patient at various stages of the CEAP classification, including patients with ulcers (Fig. 1)

METHODS: 57 patients with chronic venous disease (CVD) of the lower limbs were enrolled, a part with already known diagnoses and with ongoing skin lesions, others with suggestive symptoms. The patients were clinically evaluated at the general practitioner's office, with instru-

FIGURA 1.

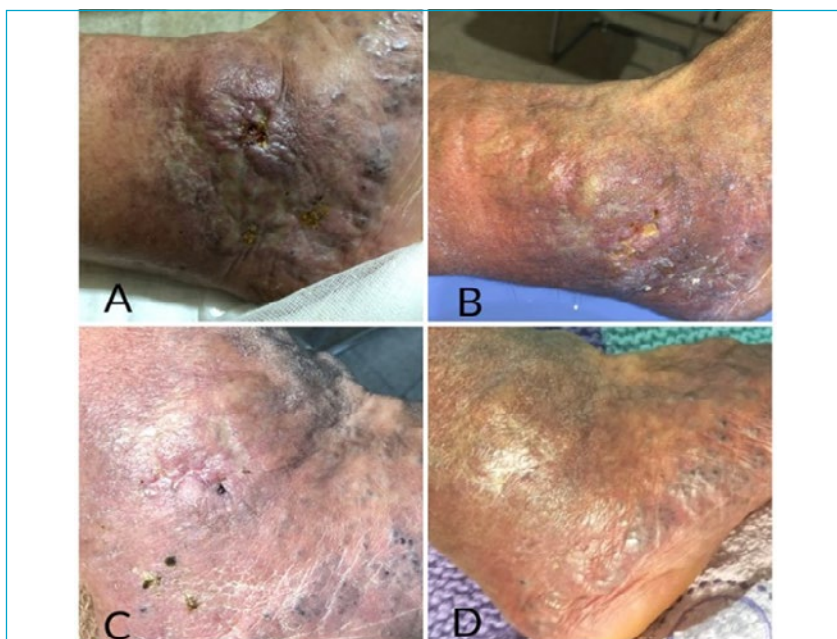


FIGURA 2.

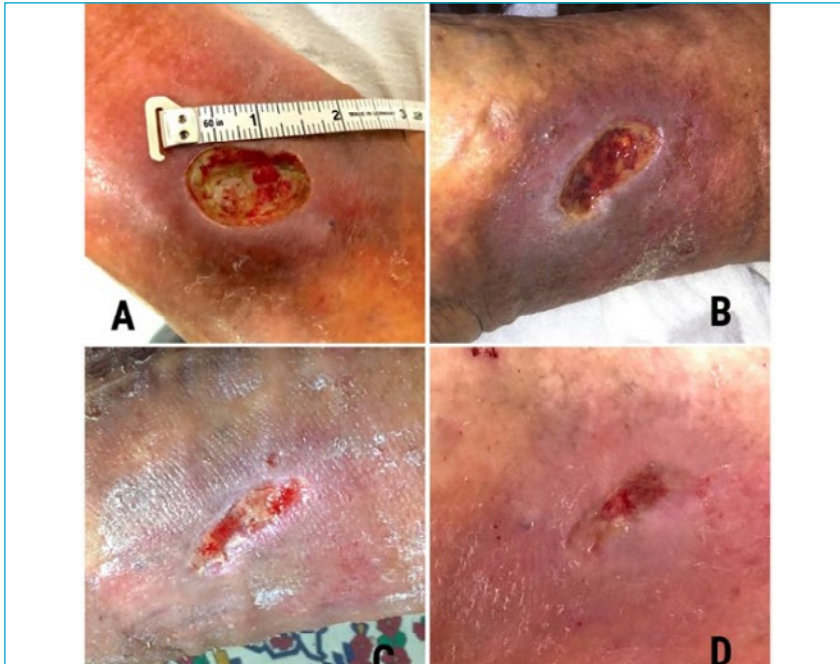
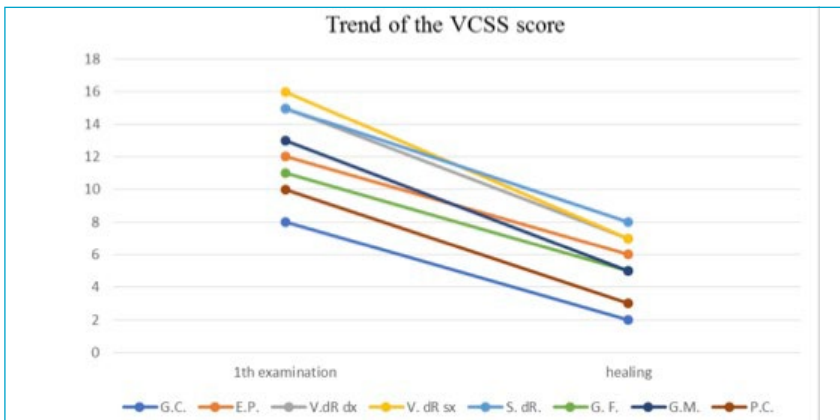


FIGURA 3.



mental examinations and finally the prescription of therapies, as well as the execution of bandages in patients with ulcers (Fig. 2)

RESULTS: Suggestive data have been collected on the main risk factors of the disease and on the therapeutic adherence of the patients

highlighted by the fiduciary relationship with the doctor.

CONCLUSIONS: Furthermore, positive data were recorded on the therapies performed in terms of improving the quality of life and healing of ulcers (Fig. 3)

Notalgia parestica (NP): una condizione di pertinenza specialistica o di cure primarie?

Monaco Francesco

Cure Primarie, Health Search , Crotona

Un prurito e un malessere al dorso: la notalgia parestetica, neurologo, dermatologo o medico di cure primarie? Md, Monaco Francesco, cure primarie. Health Search. Spesso in studio vediamo pazienti, femmine di media età, che dopo un vagabondare da medico a medico, chiedono aiuto di fronte a parossismi di prurito al dorso. Si tratta, spesso, della notalgia parestetica, situazione che compromette la qualità della vita delle stesse. Una condizione sottostimata sicuramente ma che intriga e impegna soprattutto dal punto di vista terapeutico. Il prurito coinvolge una zona del dorso, tra la scapola e la colonna dorsale associato a epifenomeni del tipo bruciore, formicolio, sensazione di calore, ipoestesia e quasi sempre un'iperpigmentazione. La causa, o meglio dire una delle principali, consiste in un'alterazione e un danno delle radici posteriori del midollo spinale toracico, in alcuni tratti, con riflessi sul dermatomero d'interesse che mostra i classici sintomi. La diagnosi non è difficile considerando l'aspetto e la storia clinica, di contro le strategie terapeutiche, fatte di agenti topici (capsaicina, tacrolimus, anestetici locali) e agenti sistemici (neuromodulatori, amitriptilina, duloxetina) sono poco efficaci e per questo motivo frustranti per il paziente e il medico.

Area DIPENDENZE

Dall'intervento motivazionale breve alla cessazione dal fumo di tabacco: ruolo del paziente e dei medici di medicina generale

Lucia Casatta¹, Carlo Fabris¹,
Duilia Zanon², Alberto Fragali³,
Hamid Kashanpour², Enrico Moratti²,
Luigi Canciani³

¹ Medico di Medicina Generale, Distretto di Udine, ² Dipartimento delle Dipendenze, ASUFC, ³ Direzione Distretto di Udine

INTRODUZIONE: Il set delle cure primarie riveste particolare rilevanza nella lotta al tabagismo tramite l'intervento motivazionale breve. Lo scopo di questo studio è stato quello di individuare, nel contesto della Medicina Generale, le caratteristiche di una popolazione di fumatori e di caratterizzare gli elementi propri del medico di medicina generale (MMG) e del paziente capaci di condizionare la strategia atta a implementare il percorso di disassuefazione al fumo.

MATERIALI E METODI: Al presente progetto hanno aderito 38 MMG (22 maschi e 16 femmine, età mediana 60 anni) appartenenti al Distretto Sanitario di Udine. Lo studio è stato

condotto in novembre e dicembre 2018. Il MMG partecipante espletava le seguenti fasi procedurali: 1) chiedeva a tutti i pazienti dai 40 ai 60 anni che accedevano all'ambulatorio durante il periodo dello studio lo status in relazione al fumo (mai fumato/ex fumatore/fumatore attivo) e lo registrava; 2) fra questi ultimi, identificava 8-10 fumatori attivi in cui poter effettuare un intervento efficace; 3) su questi pazienti effettuava un intervento motivazionale breve contestuale alla somministrazione dei test di dipendenza e di motivazione; 4) informava il fumatore sull'esistenza di corsi antifumo organizzati dall'ASL, gratuiti, e proponeva all'assistito l'adesione a un corso; 5) registrava infine su una scheda predisposta i dati del paziente e la sua eventuale adesione o meno a un corso. In due AFT (1 e 5) i soggetti che avevano aderito alla proposta del MMG di partecipare a un corso per promuovere la disassuefazione al fumo sono stati successivamente contattati dal SERD e invitati a confermare la loro adesione.

RISULTATI: Sono stati reclutati 310 pazienti, 148 maschi e 162 femmine, età mediana 51 anni. Il test di dipendenza aveva un valore di 0-3 in 142, 4-6 in 137 e 7-10 in 31 casi. Il test di motivazione è risultato 0-5 in 14, 6-12 in 186, 13-16 in 103 e 17-20 in 7 casi. In 172 hanno

aderito all'invito del MMG di partecipare a un corso di disassuefazione al fumo. Nei pazienti con MMG ≤ 60 anni vi era una forte associazione fra l'adesione al corso e il genere femminile del medico ($M = 29/70$ vs $F = 62/85$, $p60$ anni ($M = 56/111$ vs $F = 25/44$, $p = 0,474$). L'analisi discriminante ha predetto correttamente l'adesione in 152/172 fumatori. Le variabili selezionate sono state: l'affermazione "mi voglio liberare da questa schiavitù" del test di motivazione ($F = 69,1$) e l'aver un MMG di genere femminile ($F = 41,8$). Nelle AFT 1 e 5 sono stati reclutati 117 e 22 fumatori (totale 139 soggetti). Di questi, 58 fin dall'inizio non hanno aderito alla proposta del MMG, 59 hanno aderito alla proposta del MMG ma non hanno dato conferma al SERD, 22 hanno confermato l'adesione e terminato la frequenza al corso. Condividere l'affermazione "mi voglio liberare da questa schiavitù", l'aver un MMG di genere femminile e l'essere affetto da patologia respiratoria sono le variabili selezionate come predittive di un maggior coinvolgimento del fumatore.

CONCLUSIONI: L'adesione a iniziare un percorso di disassuefazione al fumo richiede una forte motivazione del paziente e una carica empatica del medico, più facilmente riscontrabile nel MMG donna.

Area EMATOLOGIA

La prescrizione dell'elettroforesi sieroproteica in Medicina Generale: utilità e costi

Francesca Rella, Tecla Mastronuzzi
SIMG Bari

INTRODUZIONE: La prescrizione di esami di laboratorio, nella sua espressione più squisitamente clinica, avviene in genere all'interno di azioni in conformità a iter diagnostici presenti nel pensiero del medico, che portano infine alla diagnosi clinica. D'altro canto, l'utilità degli esami diagnostici è minata dall'inappropriatezza di una rilevante quota di essi; una disamina della letteratura stima il fenomeno tra il 30% e il 50% della richiesta totale, con una media del 33%. Basso costo e medicina difensiva portano

frequentemente a prescrivere esami al di fuori di un ragionamento clinico che sia guida di un percorso decisionale. Ci sono esami di laboratorio di basso costo e di disponibilità semplicissima ma che se risultano alterati aprono una strada diagnostica lunga, costosa e di non sicura utilità per il paziente. Tra questi considereremo l'elettroforesi sieroproteica (ES). Non è

ben chiaro se ES debba essere considerato un esame di screening e non esistono linee guida che chiariscano in modo incontrovertibile sul come e quando l'esame debba essere indicato in assenza di una patologia nota ed esempio epatica o renale o ematologica. È comunque innegabile che si tratti, a torto o a ragione, di una metodica sovrautilizzata nella medicina ambula-

TABELLA I.

Numero di pazienti totali	1586
Numero di ES prescritte nel 2014	410
Età dei pazienti a cui è stata prescritta ES (media \pm DS)	52 \pm 24 anni
Numero di MGUS diagnosticate nel 2014	8
Numero di Mieloma Multiplo diagnosticato nel 2014	0
Età dei pazienti con MGUS (media \pm DS)	65 \pm 12 anni
Follow up annuale specialistico e di laboratorio	8 pazienti/8
Costo degli esami di follow up (media \pm DS)	87 \pm 21 euro
MGUS evolute in MM in 5 aa	0 pazienti/8

toriale italiana. ES dovrebbe essere indicato per la rilevazione e monitoraggio delle componenti monoclonali. Cioè la ES consente la diagnosi delle gammopatie monoclonali, anche quelle di incerto significato (MGUS). È proprio la semplice disponibilità di ES, unitamente all'innalzamento dell'età media della popolazione italiana, che ha portato all'aumento della prevalenza delle MGUS che rappresentano un gruppo di disordini ematologici caratterizzati dalla proliferazione di plasmacellule che producono immunoglobuline monoclonali. Dal punto di vista clinico il paziente è asintomatico, la diagnosi è quasi sempre occasionale nel corso di esami ematochimici non legati a un'emopatia maligna. La principale complicanza di una MGUS è rappresentata dal rischio di evoluzione (stimato in circa 1% annuo) in mieloma multiplo (soprattutto isotipi IgG, IgA e catene leggere) o in altra patologia linfoproliferativa a fenotipo B (soprattutto isotipi IgM).

SCOPO DEL LAVORO: Analizzare le prescrizioni di elettroforesi effettuate in un anno solare, verificare il numero di MGUS diagnosticati, seguire il follow-up dei pazienti con MGUS nei 5 anni successivi, rivedere la diagnosi di MGUS alla fine dei 5 anni di prognosi

MATERIALI E METODI: Per rispondere ai quesiti abbiamo pianificato uno studio retrospettivo sui dati dei 5 medici di famiglia della provincia di Bari, dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2019. Per le note difficoltà dovute all'impegno della Medicina Generale durante la pandemia, abbiamo potuto finora analizzare i dati di un solo medico.

RISULTATI: I risultati sono illustrati nella Tabella I.

CONCLUSIONI: In un anno un medico di famiglia prescrive un notevole numero di ES, spesso su indicazioni poste dagli specialisti. A fronte di questo numero, il riscontro di MGUS è pari a 1,9 % delle ES prescritte, si tratta di un numero rilevante. La gestione dei pazienti con MGUS è condivisa con lo specialista ematologo e comporta un inquadramento iniziale e un follow-up almeno annuale costituito prevalentemente da esami di laboratorio, i cui costi gravano sostanzialmente sul paziente. I pazienti con MGUS da noi considerati hanno continuato ed eseguire annualmente gli esami di controllo e la visita ematologica e dopo 5 anni di follow-up la diagnosi non si era modificata in nessun paziente. Auspichiamo di avere a disposizione una popolazione più ampia per poter tracciare gli ambiti di appropriatezza della prescrizione di ES e le regole di gestione condivisa più snella ed economica dei pazienti con MGUS.

Prevenzione cardiologica e oncologica in donne con patologia reumatologica in Medicina Generale

Mariangela Elefante, Tecla Mastronuzzi

SIMG Bari

INTRODUZIONE: Le malattie reumatologiche rappresentano un'importante causa di riduzione

della qualità e delle aspettative di vita e di aumento delle comorbidità. Richiedono un approccio globale al paziente, che più frequentemente è di sesso femminile e un'attenta valutazione dei problemi di salute e di come questi siano collegati alle fasi della vita. Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte nelle donne, il cancro è la causa più importante di anni di vita persi nelle donne con età inferiore ai 65 anni. Malattie oncologiche e cardiovascolari rappresentano due frequenti comorbidità nelle pazienti con patologie autoimmuni e nel corso delle visite mediche con il medico di medicina generale è possibile focalizzare l'attenzione su abitudini comportamentali e fattori di rischio che influenzano il rischio di malattie future. Linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nella paziente con patologie reumatologiche sono presenti, invece mancano indicazioni sulla prevenzione dei tumori; si consiglia semplicemente l'esecuzione degli screening neoplastici di provata efficacia (mammella, collo dell'utero e colon) e soprattutto il rispetto delle norme di prevenzione primaria e tra queste il mantenimento del normale peso corporeo e l'astensione dal fumo di sigaretta.

SCOPO DEL LAVORO: Valutare l'approccio del medico di famiglia alla salute delle donne con patologie reumatiche con focus su patologia cardiovascolare e oncologica.

MATERIALI E METODI: A causa delle limitazioni legate allo stato emergenziale sono stati raccolti i dati di un solo medico di famiglia della ASL BARI. Dal database sono state estratte

TABELLA I.

	Età Mediana IQR	Esami di routine	BMI	PA	ECOTSA	RISCHIO CV CALCOLATO	MAMMO	PAP TEST
Pz reumatologiche (n=18)	63 (49 – 77)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	7 (38,9%)	1 (7,1%)	13 (76,5%)	2 (13,3%)
Pz controllo (n=18)	55,5 (40,5 – 70,5)	18 (100%)	18 (100%)	18 (100%)	10 (55,6%)	0 (0%)	16 (94,1%)	1 (5,6%)

TABELLA II.

	Fumatrici N (%)	BMI Media IQR	Attività fisica	Valori glicemici Media IQR	LDL >150	HDL < 50	TGL >150	Pressione sistolica >140	Iperensione in trattamento	Dislipidemia in trattamento	Calcolo rischio CV >5% a 10 anni
PZ REUMATOLOGICHE	3 (16,7%)	25,7 (21,3- 30,1)	0 (0%)	94,3 (79,4 - 109,2)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	4 (22,2%)	8 (44,4%)	0	0
CONTROLLO	4 (22,2%)	26,8 (22,2- 31,4)	5 (27,8%)	92,9 (81,4 - 104,4)	4 (25%)	4 (25%)	4 (25%)	1 (5,5%)	8 (44,4%)	0	2 (14,3%)
p	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

tutte le pazienti con diagnosi di patologia reumatica utilizzando i codici ICD-9 (714, 710, 696, 720) e un gruppo controllo omogeneo per età e numerosità e senza patologie reumatiche, cardiovascolari e/o oncologiche. Sono stati esaminati i dati relativi a registrazione degli ultimi 18 mesi, delle seguenti informazioni: fumo, BMI, pressione arteriosa, assetto lipidico, glicemia, eco TSA, calcolo del rischio cardiovascolare (CV), mammografia, pap test, attività fisica, eventuali trattamenti di ipertensione, dislipidemia. Sono state calcolate medie, deviazione standard. I gruppi sono stati confrontati con il test t di Student e chi quadro ponendo un livello di significatività pari a 0,5.

RISULTATI: La Tabella I riporta la registrazione delle informazioni da parte del MMG negli ultimi

18 mesi. La Tabella II riporta i dati relativi allo stato di salute delle pazienti.

CONCLUSIONI: Dall'analisi statistica non emergono differenze nell'approccio del medico di famiglia ai due gruppi. Si evidenzia un'adeguata e simile raccolta di informazioni relative ai principali fattori di rischio per le patologie cardiovascolari (fumo, assetto lipidico, glicemico, PA, BMI) e per il carcinoma mammario (mammografia). Scarsa abitudine invece a registrare dati relativi al PAP TEST e a calcolare il rischio cardiovascolare con le carte del rischio cuore, specialmente nel gruppo delle pazienti con patologie reumatiche. Dalla raccolta delle informazioni sullo stato di salute non sono evidenti differenze statisticamente significative. Il gruppo delle pazienti reumatologiche è costituito da

poche fumatrici (16,7%), per lo più sovrappeso (72,2%) e nessuna di loro pratica attività fisica. Poche hanno valori glicemici, lipidici e pressori elevati. Calcolando il rischio cardiovascolare con le carte del rischio cuore, nessuna paziente reumatologica presenta un rischio superiore al 5% nei prossimi 10 anni. L'approccio del medico di famiglia dimostra complessivamente che vi è una buona consapevolezza dello stato di salute e una buona gestione delle pazienti per quanto riguarda il rischio cardiovascolare, tuttavia, considerando anche il BMI dei due gruppi, laddove praticabile, l'attività fisica andrebbe fortemente consigliata. Da migliorare invece è l'attenzione alla raccolta delle informazioni sugli screening oncologici, specialmente nel gruppo delle pazienti reumatologiche.

Area FRAGILITÀ e CRONICITÀ

Care fragilità e cronicità

Barbara Vadalà¹, Donatella Paggetti¹,
Valentina Chisciotti¹, Annalisa
Lumini¹, Elisabetta Ricciardi¹,
Vincenzo Ciambrone¹, Stefano Alunno¹,
Benedetta Romboli¹, Carlo Mugelli¹

¹ Villa Ulivella e Glicini, IFCA, Firenze

INTRODUZIONE: Viste le norme per l'emergenza COVID che hanno visto vietare l'accesso dei familiari ai reparti, nonché l'innalzamento delle paure a essa connesse, abbiamo ritenuto necessario impostare la gestione dei rapporti con le famiglie dei pazienti utilizzando nuove procedure e accorgimenti, così da poter alleviare il senso di isolamento che tale situazione avrebbe comportato. L'attività che abbiamo strutturato ha previsto l'intervento, in un ruolo nuovo, della psicologa della struttura che si è posta come trait d'union con i familiari. Esperienza nuova e unica nel panorama fiorentino, ma anche regionale.

MATERIALI E METODI: Al ricovero il medico di riferimento, parlando telefonicamente con i familiari, li ha informati che la psicologa del reparto avrebbe mantenuto con loro un canale stabile di comunicazione in videochiamata. La psicologa, utilizzando la videochiamata, ha contattato i familiari dei pazienti segnalati dai medici. Ha svolto un ruolo di trait d'union fra reparto e famiglia.

RISULTATI: La psicologa ha potuto contenere le ansie, diminuire il senso di isolamento, fornire notizie di base, alleggerire la pressione sui sani-

tari, dare supporto psicologico, raccogliere utili informazioni e facilitare le dimissioni e il rientro a domicilio o in strutture in quanto ha potuto supportare i familiari per gli aspetti organizzativi e le scelte da operare. Tale attività ha permesso da un lato di supportare i familiari garantendo anche una maggiore continuità e completezza di informazioni, dall'altro di facilitare il rientro a domicilio dei pazienti, di alleggerire il carico e la pressione dei familiari sullo staff sanitario.

CONCLUSIONI: La nuova attività, per quanto inizialmente faticosa, in quanto si è trattato di operare tutti da remoto (la psicologa con i medici e poi con i familiari e poi nuovamente con i medici) ha tuttavia poi permesso di ottenere importanti **RISULTATI:** i medici si sono infatti sentiti alleggeriti dalla pressione dei familiari e hanno potuto avere indicazioni più precise rispetto agli iter assistenziali che meglio si confacevano alla singola famiglia; i familiari, come anche evidenziato dal questionario utilizzato per valutare il servizio, hanno detto di sentirsi supportati e aiutati nel prendere decisioni importanti; il paziente si è sentito maggiormente seguito. La nuova attività, per quanto nata in un momento assai particolare come quello che stiamo vivendo per l'emergenza COVID-19, sia stato tuttavia dimostrando utile a prescindere, poiché l'utilizzo di una figura esperta di comunicazione e di dinamiche familiari (lo psicologo) e la possibilità consentita dalla videochiamata di poter seguire agilmente molte famiglie con un dispendio organizzativo/pratico minore (per l'operatore, ma anche per i familiari) dà un valore aggiunto alla presa in carico

del paziente e della famiglia. Consente, cioè, di "prendersi cura" in modo globale e multidisciplinare dei bisogni del paziente e del familiare. Pensiamo pertanto che possa essere utile mantenere questo tipo di attività e anzi estenderla alla collaborazione con i medici di base in un'ottica di lavoro di rete e di comunità.

COVID-19 e fragilità: l'esperienza del Distretto di Udine

Denise Sief¹, Lucia Casatta²,
Stefano Bertolissi², Armando Caroselli²,
Fabrizio Gangi², Carlo Fabris²,
Alberto Fragali³, Luigi Canciani³

¹ CEFORMED, Monfalcone, ² MMG, Distretto di Udine,

³ Direzione, Distretto di Udine

INTRODUZIONE: Numerosi sono gli elementi influenzanti la prognosi di COVID-19, quasi tutti di estrazione ospedaliera. Poco si conosce della realtà extra-ospedaliera di questi pazienti. Si appalesa il concetto che COVID-19 rappresenti un moltiplicatore della fragilità e che la fragilità abbia un forte ruolo prognostico. Scopo di questo lavoro, presentato nei suoi risultati preliminari, è indagare il ruolo della fragilità nel determinare la prognosi dei pazienti affetti da COVID-19.

MATERIALI E METODI: I medici di medicina generale (MMG) del Distretto di Udine che aderiscono volontariamente a questo studio retrospettivo e che hanno avuto pazienti affetti da COVID-19 fino a tutto il 30/06/2020 sono intervistati da

un medico tirocinante del CEFORMED. Al MMG viene somministrato un questionario comprendente le variabili demografiche, socio ambientali e cliniche pertinenti al paziente. Sono inoltre somministrati due test di fragilità: l'indice elettronico di Clegg e la scala clinica di fragilità (CSHA), unitamente all'indice di comorbidità di Charlson.

RISULTATI: Sono stati reclutati 61 pazienti affetti da COVID-19 (27 maschi e 34 femmine) età mediana 53 anni (Q1-Q3 = 43-66); BMI mediano 26 kg/m², 52 (85,2%) non avevano mai fumato. 41 (67,2%) sono rimasti a domicilio avendo avuto malattia lieve, 16 (26,2%) sono stati ricoverati in ospedale, 2 (3,3%) sono finiti in rianimazione e 2 (3,3%) sono deceduti causa la malattia. 27 pazienti (44,3%) erano affetti da ipertensione arteriosa (19 in terapia con ACE-I/ARB), 9 (14,8%) da altre patologie CVS, 5 (8,2%) da diabete mellito, 9 (14,8%) da patologie respiratorie non BPCO, 7 (11,5%) da neoplasia, 5 (8,2%) da malattie reumatologiche e in casi sporadici da patologie renali, epatopatia, malattie neurologiche, psichiatriche o da demenza. In 16 pazienti (26,2%) era presente una certa fragilità economica, in 11 (18,0%) una moderata-severa fragilità ambientale, nessuno era ricoverato in struttura. I risultati dei test di fragilità sono stati: Clegg mediana = 1, Q1-Q3 = 0-2, CSHA mediana = 2, Q1-Q3 = 2-3; test di Charlson mediana = 0, Q1-Q3 = 0-1. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: a) pazienti rimasti al domicilio o con ricovero ≤ 7 giorni (n = 49), b) pazienti con ricovero superiore a 7 giorni o rianimazione o morte (n = 12). Si è riscontrata una associazione significativa fra appartenere al gruppo b e: età > 70 anni (6/12 vs 5/49, p = 0,001), ipertensione arteriosa (10/12 vs 17/49, p = 0,002), ACE-I/ABR (9/12 vs 10/49 p).

Il fine vita tra ospedale e territorio

Ruggero Filimbaia, Chiara Lazzari, Gemma Baldari

Ospedale Villa Scassi, Genova

“Nella vita l'unica cosa certa è la morte, cioè l'unica cosa di cui non si può sapere nulla con certezza”. Morte e fine vita sono eventi tanto certi quanto complessi per l'uomo. Il medico e la Medicina Generale hanno dovuto inevitabilmente stringere un rapporto ancora più stretto con questi eventi. Il testo si pone lo scopo di trattare, attraverso competenze ed esperienze personali e condivise con altri professionisti, il rapporto della medicina moderna con la morte. Durante i tre anni di corso il tirocinio si è svolto attraverso due realtà all'atto pratico distanti, seppur concettualmente affini e correlate, come quella

ospedaliera e quella dell'assistenza territoriale. Il 22 dicembre del 2017 un ulteriore spunto circa la trattazione del rapporto medicina/fine vita è stata l'entrata in vigore della legge 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. La legge affronta argomenti quali eutanasia, principio di autodeterminazione, cure palliative e testamento biologico grazie all'introduzione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento o DAT. La tesi è composta da 4 capitoli principali: i primi sviluppano l'analisi della legge e in particolare le novità in materia di fine vita e successivamente approfondiscono il rapporto uomo/morte nel corso della storia e nell'odierno, attraverso anche un questionario svolto da 400 pazienti reclutati tra studi medici, DEA e attività di continuità assistenziale circa le DAT e il principio di autodeterminazione. La seconda parte racconta le esperienze maturate nella realtà ospedaliera e territoriale nelle fasi terminali della vita trattando infine il ruolo del medico oggi nei confronti della morte.

La medicina di iniziativa nella gestione delle cronicità sul territorio: strategie a confronto tra alcuni studi di Medicina Generale dell'ASL 3 genovese

Pier Claudio Brascesco¹, Sonia Lucignoli Krakamp²

¹ SIMG Genova, ² SIMG Genova

A oggi le patologie croniche rappresentano la maggiore causa di mortalità, morbilità e disabilità nel mondo. Alla luce del loro rilevante impatto sociosanitario ed economico, sull'onda delle iniziative intraprese dall'OMS, è stato stilato nel 2016 il Piano Nazionale della Cronicità, un accordo tra Stato italiano e Regioni, con l'obiettivo di delineare un disegno strategico comune di azione volto ad affrontare la sfida della cronicità. Tale documento prende ispirazione dal “Chronic Care Model”, un modello assistenziale messo a punto da E. Wagner M.D. nel 1998, che sottolinea l'importanza nel campo della cronicità del passaggio da un sistema reattivo, che risponde quando la persona è malata – la cosiddetta “medicina di attesa” – a un approccio proattivo, focalizzato sulla promozione e il mantenimento della salute, conosciuto come “Medicina di Iniziativa”. Lo studio in oggetto vuole esplorare le strategie di reclutamento e follow-up dei pazienti, adottate in alcuni studi di Medicina Generale, nell'ambito dell'“Accordo Regionale sul programma di gestione delle patologie croniche previsto dal

Piano Nazionale della Cronicità” (luglio 2017), per valutarne l'aderenza al modello assistenziale della “Medicina di Iniziativa”. Sono stati selezionati 9 medici di medicina generale (MMG), appartenenti a una medicina di gruppo, che operano nel territorio dell'ASL 3 Genovese, a cui è stato presentato un questionario, sotto forma di intervista. Dai dati raccolti è emerso che 6 MMG su 9 hanno adottato il modello della “Medicina di Iniziativa” nella fase di reclutamento dei pazienti; i restanti 3 MMG hanno applicato un modello afferente alla “Medicina di Opportunità”. La fase di follow-up è stata messa in atto in maniera meno strutturata della fase di reclutamento: 2 MMG hanno interrotto il programma precocemente; gli altri 7 MMG hanno proseguito il lavoro applicando esclusivamente il modello della “medicina di opportunità”. Solamente 2 MMG hanno lavorato con una linea d'azione comune agli altri colleghi della medicina di gruppo. Solo 5 MMG su 9 hanno organizzato il lavoro coinvolgendo altre figure professionali (collaboratore di studio/infermiere). Diverse le criticità segnalate: il mancato rispetto degli accordi da parte della Regione in riferimento agli incentivi economici e l'inadeguatezza e l'inaccessibilità del portale web regionale messo a disposizione. In conclusione, nonostante il Piano Nazionale della Cronicità preveda l'adozione di un modello di “Medicina di Iniziativa” nella gestione delle cronicità sul territorio, non tutti i MMG intervistati hanno provveduto a procedere in tal senso. Si auspica che con l'adeguata formazione e organizzazione ciò si possa realizzare con efficacia nel prossimo futuro.

L'impatto della pandemia sulla fragilità dell'individuo: i risultati di un questionario nel territorio

Loris Pagano¹, Elisa Noce², Alessandro Marti², Ilaria Miano²

¹ SIMG Roma, ² Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: Il dilagare della pandemia di coronavirus si è configurato non solo come una minaccia fisica per il nostro organismo, ma anche in quanto costrizione ad adattarsi a imminenti cambiamenti. La quarantena come misura di contenimento e prevenzione può generare sentimenti indubbiamente spiacevoli, primo fra tutti l'affrontare la perdita della libertà, al quale si aggiunge la distanza dagli affetti cari e la preoccupazione per lo stato di salute; le giornate trascorse nelle mura di casa inoltre suscitano un vasto range di conseguenze emotive che vanno dalla monotonia e la noia a gravi espressioni di

disagio psicologico, fisico e comportamentale. Il coronavirus non causa solo malessere fisico, ma può influire di rimbalzo quindi sulla qualità della vita e sulla salute mentale delle persone alimentando innumerevoli paure. Sono stati segnalati casi di suicidio rappresentativi di quella disperazione che si cela nei più fragili.

OBIETTIVO DELLO STUDIO: Lo scopo dello studio è stato indagare l'impatto della pandemia sul benessere psicofisico e sulla salute mentale delle persone evidenziando il manifestarsi di episodi di ansia, depressione e insonnia durante la quarantena adottata in occasione della pandemia da COVID-19, con un'attenzione particolare rivolta anche ai cambiamenti della situazione economico lavorativa, delle abitudini e dei rapporti interpersonali e professionali.

MATERIALI E METODI: L'indagine si avvale della raccolta di dati attraverso un questionario anonimo diffuso sul territorio e disponibile online nei mesi di maggio e giugno. Sono state raccolte 1050 risposte valide. Il questionario si compone di 28 sezioni e 52 domande, le quali vengono generate seguendo un algoritmo. Sono stati raccolti dati demografici, informazioni su aspetti affettivi e su sintomi fisici e psichici. Si analizza un arco temporale che va da prima della diffusione del nuovo coronavirus in Italia alla situazione attuale, distinguendo un periodo pre-lockdown e lockdown. Tutte le risposte sono state registrate in grafici a torta e diagrammi a barre.

RISULTATI: Durante la quarantena adottata in occasione della pandemia da COVID-19 il 51,3% dei soggetti che hanno risposto al questionario ha avuto problemi a concentrarsi o rilassarsi per svolgere la propria attività quotidiana, il 58% ha notato la comparsa di sintomi specifici e tra questi il 71,8% ritiene che possano essere collegati all'isolamento e al periodo pandemico. Il 12,6% ha sentito bisogno di chiedere aiuto a un medico anche solo telefonicamente. Il 52,5% degli intervistati ha sofferto di ansia, il 20,6% di depressione e il 48,2% ha notato un deciso peggioramento nella qualità del sonno. Per il 34,1% degli intervistati si è modificato il proprio status lavorativo.

CONCLUSIONI: Lo studio evidenzia come il lockdown e la limitazione della libertà personale abbia gravi conseguenze sulla salute mentale. Ansia, depressione, insonnia sono stati considerati al pari dei sintomi fisici dei partecipanti. Secondo l'indagine, in più della metà del campione degli intervistati è emersa sofferenza psicologica e una parte significativa di esso ha iniziato o modificato la terapia per ansia, insonnia e depressione. È fondamentale intervenire per evitare che queste ripercussioni diventino croniche. L'aumento dei disturbi psicologici e psichiatrici avviene in tutte le situazioni di forte stress,

soprattutto negli individui più fragili. L'impatto sulla qualità della vita che ha provocato questa pandemia va necessariamente considerato in modo incisivo, con attenzione alle persone che vivono in condizioni di disagio sociale o di privazione, l'essere umano prima del sintomo, il valore di una vita serena allo stesso piano di una vita in salute, poiché i due fattori convivono più a stretto contatto di quello che forse si è creduto fino a ora, nella nostra idea di vita efficiente e produttiva a impostazione contemporanea.

Rimodulazione della terapia degli ospiti di una casa di riposo per anziani dopo il loro ingresso

R. De Gesù, N. Tagliacucchi, G. Antonazzo, E. Iacobucci, T. Marina, G. Morrone, A.R. Ohaty, A. Pascucci, G. Piscitelli, F. Riccò, A. Sottile

Casa Residenza Anziani (C.R.A.) "E. Cialdini", Modena

L'invecchiamento rende evidente l'emergere di malattie degenerative tipiche dell'età avanzata come la demenza, ed enfatizza le conseguenze di malattie insorte in età più giovane, come il diabete. La comparsa simultanea di due o più patologie cronico-degenerative spesso si associa alla prescrizione di cinque o più farmaci. I farmaci interagendo aumentano o diminuiscono, il loro effetto. Se questo è voluto la politerapia ha un senso. Se invece l'elevato numero di molecole utilizzate serve a curare sintomi e non malattie o consegue alla mancata sospensione di farmaci non più necessari non può stupire la comparsa di reazioni avverse. Scopo di questo studio è valutare la politerapia degli ospiti al momento del loro ingresso in una residenza per anziani, il rischio di inappropriata prescrizione, la possibilità di insorgenza di reazioni avverse, la rimodulazione della terapia e il controllo a distanza di tre mesi dei suoi effetti.

CASISTICA E METODO: Sono state prese in considerazione tutte le 77 persone accolte nella Casa Residenza per Anziani (C.R.A.) "E. Cialdini" di Modena nel periodo 1° gennaio -31 dicembre 2019. Di essi 45 provenivano dall'ospedale, 21 dal domicilio, 11 da altra residenza. Gli uomini erano 32, età media 78,7 anni; le donne 45, età media 86,1 anni. L'indice di fragilità medio, valutato mediante la Clinical Frailty Scale, era 7,37. L'indice di comorbilità medio e l'indice di severità medio misurati tramite la Cumulative Illness Rating Scale hanno dato punteggio di 3,1 e 21,1 rispettivamente. Nel 97,4% erano presenti più di 2 patologie. Il 38,9% assumeva da 5 a 15 farmaci. Le persone in esame sono state paragonate alle 91 già residenti nella CRA utilizzando

il Breve Indice di Non Autosufficienza utilizzato dalla Regione Emilia Romagna per valutare gli ospiti delle Residenze. La differenza tra le medie osservate non è significativa ($p = 0,78$). Ogni terapia è stata riportata nel programma InterCHECK reso disponibile dall'Istituto Mario Negri di Milano che rileva le possibili reazioni avverse dall'uso simultaneo di più farmaci dividendole in 4 classi in senso crescente di gravità. Interazioni gravi erano presenti nel 31,1% dei casi, di media gravità nel 29,8%, lievi nel 38,9%. Abbiamo provveduto alla revisione della terapia assunta all'ingresso nella CRA utilizzando i "Criteri di Beers" e il sistema STOPP e quando possibile, abbiamo proceduto alla sospensione di uno o più farmaci.

RISULTATI: Al termine del processo di revisione 20 ospiti (25,9% - $p = 0,0057$) assumevano più di 5 farmaci, il rischio di reazioni avverse rimaneva alto per 19 ospiti (24,6% $p = 0,309$) dei quali 13 erano trattati per doppia disaggregazione e 6 per patologia psichiatrica, medio per altri 19 (24,6% $p = 0,057$), lieve per 27 (35,06 $p = 0,115$), diveniva nullo per 12 (15,58 $p = 0,002$). Abbiamo infine effettuato un controllo a distanza di tre mesi. In nessun caso era stato necessario reintrodurre qualcuno dei farmaci sospesi e nessuno degli ospiti aveva necessitato di ricovero ospedaliero a seguito della sospensione dei farmaci.

CONCLUSIONE: La poliprescrizione nell'anziano è pratica assai diffusa. La rimodulazione della prescrizione diminuisce il rischio di reazioni avverse.

Ruolo del medico di medicina generale nella gestione, sul territorio, del paziente con malattia rara: obiettivi, criticità e proposte

Loris Pagano¹, Davide Oraziotti², Ilaria Miano²

¹ SIMG Roma, ² Sapienza Università di Roma»

INTRODUZIONE: Lo studio analizza il ruolo del MMG nella gestione dei pazienti con MR. Dopo una panoramica delle normative e progetti in ambito UE e nazionale, sono state descritte le funzioni che riguardano il MMG, che diventa il "case manager" degli assistiti. Tra le principali: la necessità di far emergere l'eventuale sospetto diagnostico (con conseguente invio del paziente ai centri competenti), la corretta presa in carico del paziente e relativo nucleo familiare a 360 gradi, il dovere di informazione nei confronti degli stessi, il porsi quale sicuro riferimento nei

confronti degli specialisti dei centri, concorrendo alla gestione multidisciplinare del malato.

OBIETTIVO DELLO STUDIO: Il lavoro è finalizzato a individuare le criticità che insistono sull'attività del MMG nella gestione dei pazienti con MR. Di rilievo, nel senso, la fase di transizione dal pediatra al MMG, la mancanza di una formazione adeguata (indispensabile a fare emergere il sospetto diagnostico), il difetto di corrispondere con una esaustiva informazione alle richieste/dubbi dei pazienti e relativo nucleo familiare, la difficoltà nel farsi carico anche della gestione dei profili umano e sociale del paziente. **MATERIALI E METODI:** Per la realizzazione dello studio si è inizialmente proceduto ad analizzare la complessa organizzazione in cui operano i MMG in tema di MR, per poi approfondire taluni aspetti tramite un'indagine conoscitiva tesa a sondare – mediante l'utilizzo di un questionario con domande a risposta multipla – il livello di conoscenza della materia da parte dei medici di medicina generale, dei medici in formazione presso il corso di formazione specifica in MG e dei medici neolaureati.

RISULTATI: Le oltre 500 risposte hanno consentito di far emergere talune criticità meritevoli di interventi a rimedio: mancanza di una pregnante conoscenza in tema da parte della maggior parte della platea degli intervistati, in aderenza alle risultanze che derivano dalle problematiche rappresentate dai pazienti/nuclei familiari, anche tramite associazioni di riferimento; inadeguata abilità nel sospetto diagnostico con conseguente ritardo nell'emersione dello stesso e l'avvio ai centri specialistici; farraginosità nelle indispensabili relazioni tra le varie figure mediche; inad-

guata informazione ai pazienti e nuclei familiari. **CONCLUSIONI:** Si evidenzia la necessità di un più efficace aggiornamento, anche tramite appositi corsi ECM; individuazione di uno strumento che favorisca l'indispensabile comunicazione tra le figure mediche di riferimento nonché tra queste e il paziente; potenziamento dell'informazione destinata ai pazienti/familiari tramite affissione negli studi medici degli elenchi dei Centri nazionali per il trattamento delle MR e delle Reti Europee di riferimento; maggiori investimenti nella ricerca di nuovi test di screening neonatali.

Sperimentazione della introduzione in due medicine di gruppo laziali dell'infermiere fornito dalla ASL nell'ambito della assistenza domiciliare al paziente con patologie croniche

Emanuele Rizzo¹, Concetta Mamone², Margherita Parisi³, Giuseppe Donato⁴

¹ Sapienza Università di Roma, ² Asl Roma 4,

³ Asl Roma 4, ⁴ Asl Roma 4

INTRODUZIONE: Ripensare alla organizzazione della assistenza territoriale verso i malati cronici ha rappresentato una grande sfida negli ultimi anni per il Sistema Sanitario Nazionale, sia per i cambiamenti demografici ed epidemiologici avvenuti, sia per le risorse coinvolte. Il medico di medicina generale, figura storicamente centrale della primary care, può migliorare le sue performance assistenziali attraverso la collaborazione

con le altre figure professionali ormai a vario titolo operanti nel territorio.

MATERIALI E METODI: Nel distretto 2 della ASL Roma 4 è stata attivata una sperimentazione di un anno con inizio 1° novembre 2019. In due Unità di Cure Primarie (UCP) dei comuni di Cerveteri e di Ladispoli è stata dalla ASL assicurata la presenza di due infermiere dipendenti della azienda sanitaria e la cui attività doveva coordinarsi strettamente con i medici delle UCP. Il loro ruolo è quello di affiancare il MMG nella assistenza domiciliare ad alcune categorie di malati cronici (diabete mellito, BPCO, scompenso cardiaco), assistenza incentrata sulla promozione di corretti comportamenti nel paziente e nella sua famiglia relativamente al monitoraggio delle patologie e alla prevenzione delle complicazioni/riacutizzazioni.

RISULTATI: La sperimentazione non si è ancora conclusa, ma attraverso due questionari, forniti agli 11 MMG interessati e ai 65 pazienti arruolati, è stato possibile considerare quanto il lavoro in team abbia rappresentato un valore aggiunto nella erogazione della assistenza. Risultati del tutto preliminari possono anche far pensare a una possibile riduzione degli accessi in pronto soccorso durante il tempo di osservazione.

CONCLUSIONI: La presenza dell'Infermiere di Comunità inserito in studi di Medicina Generale e strettamente coordinata con il Medico di Famiglia può rappresentare per la popolazione dal medico di medicina generale assistita una utile risorsa, in particolare quando patologie, quali quelle croniche, rendono necessaria una maggiore attenzione di prossimità al domicilio del paziente.

Area GASTROENTEROLOGIA

Epidemiologia della sindrome del colon irritabile nella Medicina Generale italiana

Grazia Mastrodonato

Ospedale "Dimiccoli", Barletta

INTRODUZIONE: La sindrome del colon irritabile (IBS) è un disturbo funzionale, caratterizzato da dolore o discomfort addominale, che può essere associato a defecazione e/o accompagnato da una variazione dell'alvo. Si distinguono forme con alvo prevalentemente stitico (IBS-C), prevalentemente diarroico (IBS-D) o misto (IBS-M). La prevalenza mondiale della patologia è tra

l'11,2%, e l'8,8 %, mentre in Italia tra il 7% e l'8%, ed è due volte più comune nelle donne che negli uomini. Pur avendo prognosi benigna, inficia la qualità di vita e le attività quotidiane e lavorative dei pazienti, aumentandone l'impatto economico. Il presente studio si pone l'obiettivo di valutare la prevalenza e l'incidenza di IBS a livello della Medicina Generale italiana, focalizzandosi sul tipo con alvo prevalentemente stitico, in modo da quantificare il problema e migliorarne la gestione.

MATERIALI E METODI: Utilizzando i dati di una coorte di pazienti ≥ 15 anni registrati nelle liste dei MMG dal 01/01/2015 al 31/12/2015, tratti dal database Health Search, è stata stimata la prevalenza e l'incidenza di IBS, e di

IBS-C, usando specifici codici ICD9CM e il relativo testo libero. Per il calcolo della prevalenza di IBS e IBS-C, si è diviso il numero dei pazienti con diagnosi di IBS antecedente al 2015 e dei nuovi casi registrati nel 2015, con la popolazione attiva al 31 dicembre 2015. L'incidenza di IBS è stata calcolata dividendo i nuovi casi di patologia per i pazienti a rischio di sviluppare IBS all'inizio dell'anno di osservazione. Le analisi sono state stratificate per genere e fasce d'età.

RISULTATI: La prevalenza di IBS risultava del 3,5%, con valore superiore nelle donne rispetto agli uomini (4,49% F e 2,45% M). In base alle fasce di età, si osservava una crescita progressiva a partire da 15-24 anni (1,76%),

FIGURA 1.

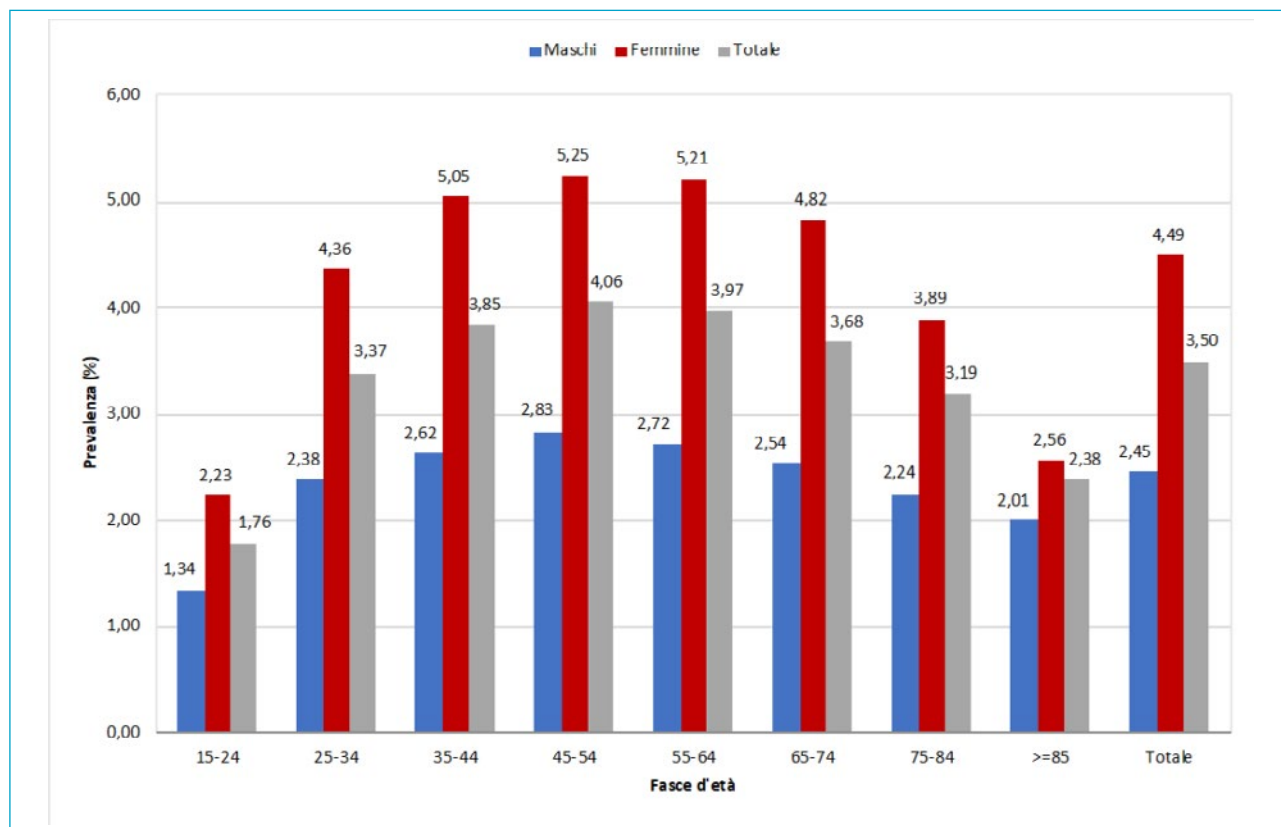


FIGURA 2.

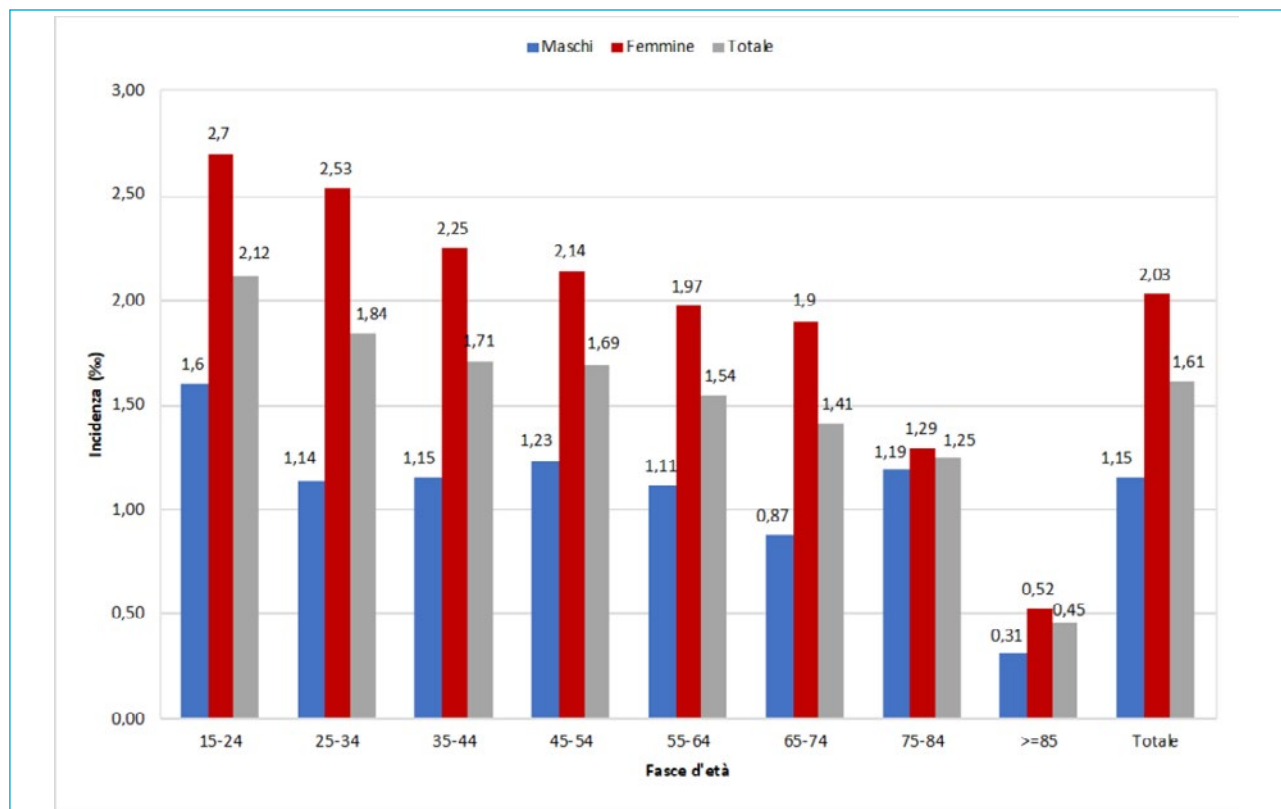
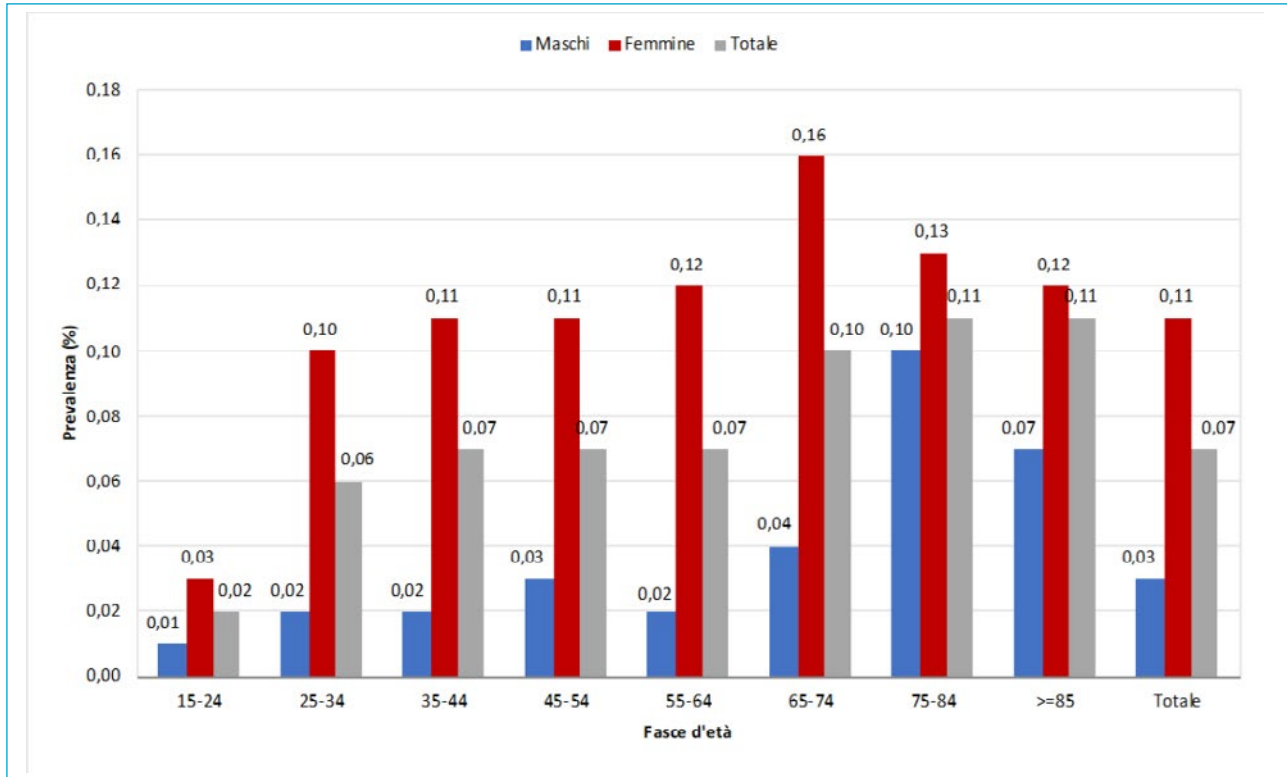


FIGURA 3.



con picco tra 45-54 anni (5,25%) e riduzione progressiva all'aumentare dell'età. Simile andamento era presente anche nei due sessi, nonostante le femmine mantenessero in tutte le fasce d'età valori superiori ai maschi (Fig. 1). L'incidenza di IBS risultava pari all'1,61‰, con valori maggiori nelle femmine (2,03‰) rispetto ai maschi (1,15‰). Nelle diverse fasce d'età, le femmine mostravano un andamento decrescente a partire da 15-24 anni, mentre nei maschi tale andamento risultava meno costante, con leggeri incrementi tra 45 e 54 anni e 75 e 84 anni (Fig. 2). La prevalenza dell'IBS-C era pari a 0,07%, maggiore nelle donne (0,11%) rispetto negli uomini (0,03%). Per fasce d'età, si osservava un incremento relativamente costante all'aumentare dell'età. Nelle donne emergeva un picco tra 65 e 74 anni, negli uomini tra 75 e 84 anni (Fig. 3).

CONCLUSIONI: Dai dati ottenuti si evidenzia una sottostima della presenza di IBS nella Medicina Generale, rispetto alle fonti internazionali, probabilmente dovuta al fatto che solo il 50% dei pazienti con IBS giunge dal medico, mentre il restante non ricerca una consulenza. La minore prevalenza di IBS nei gruppi di età più avanzata ipotizza una risoluzione dei sintomi col tempo. L'aumento con l'avanzare dell'età della forma a componente stitica apre la strada per ricerche

future volte a comprenderne il meccanismo fisiopatologico alla base.

Malattia di Ménétrier nell'ambulatorio del medico di medicina generale

Federica Ponzi¹, Bernardino Bruno²,
Federica Tancredi², Luciano Lipa³

¹ SIMG AQ - CFSSMG, L'Aquila, ² SIMG AQ - MMG ASL201, L'Aquila, ³ SIMG AQ - MMG ASL 201, Avezzano

La malattia di Ménétrier è una rara malattia caratterizzata da abnorme ipertrofia delle pliche della mucosa gastrica, ipersecrezione di muco e malassorbimento nel piccolo intestino con ipo-proteinemia. La fisiopatologia della malattia non è chiara anche se si è ipotizzato una up regulation del Transforming Growth Factor (TGF) che modifica la secrezione delle cellule gastriche. Tuttavia, la frequente associazione con HP, ha portato alcuni autori a sospettare un possibile ruolo patogenetico del batterio. Il 28 aprile 2020, il sig. DM, di anni 50, si presentava in ambulatorio perché da alcuni giorni lamentava un dolore epigastrico persistente, nausea, a volte vomito e astenia. Paziente fumatore. In passato era stato

visitato soltanto 2 volte: per lombosciatalgia e tonsillite purulenta. Nella storia familiare genitori ipertesi e padre deceduto per K del colon.

ESAME OBIETTIVO: Altezza 171 cm, peso 70 kg, BMI 23.9; PA 130/70; frequenza cardiaca periferica 80/min. Addome nulla di rilevante, così come al torace. Azione cardiaca ritmica, assenza di rumori patologici. Era presente un modesto edema a livello degli arti inferiori con fovea alla digitopressione. Il P. attribuiva la sua sintomatologia al periodo particolarmente stressante, interruzione del lavoro in cantiere per il lockdown legato alla pandemia di COVID-19 e al fatto che aveva fumato di più. Si prescriveva un ecocolordoppler degli arti inferiori nel sospetto di una insufficienza venosa, un prokinetico (domperidone 1/2 mis. prima dei pasti) e un antiacido (magaldrato 800 mg dopo i pasti), nel sospetto di una gastrite da stress in P. fumatore. Dopo 10 giorni, il P. tornava in ambulatorio lamentando la stessa sintomatologia e una difficoltà ingravescente nello svolgere il proprio lavoro manuale. L'esame obiettivo era sovrapponibile al precedente tranne che per un calo ponderale di 2 kg. L'ecocolordoppler era normale anche se il chirurgo vascolare consigliava una terapia con diosmina. Visti il persistere della sintomatologia già nota e il calo ponderale, si consigliava un controllo delle analisi del sangue.

LE INDAGINI MOSTRAVANO: Eosinofilia, 740/ mL; riduzione delle proteine totali, 4,5 g/dL, con ipoalbuminemia, 2,6 g/dL e aumento in % delle alfa1 e alfa 2, 6,8 e 14 rispettivamente. Normali tutti gli altri parametri: creatinina, enzimi epatici, TSH, esame urine ecc. La sintomatologia del P. (epigastralgia, vomito, calo ponderale); la presenza di edemi declivi secondari a ipoalbuminemia e l'eosinofilia portavano a sospettare una rara forma di gastropatia ipertrofica: la malattia di Ménétrier (MM). Dopo 28 giorni veniva eseguita una gastroscopia: "Esofago regolare per lume e mucosa, giunzione esofago-gastrica di aspetto regolare posta a circa 38 cm dall'a.d. superiore. Cavità gastrica ben distensibile contenente minimo ristagno salivare, rivestita da mucosa ridondante con pliche ovunque ipertrofiche, iperemiche ed erose". Biopsie multiple: "Gastrite cronica di grado lieve, moderatamente attiva, associata a *Helicobacter pylori* (++)". In tutti i prelievi le ghiandole appaiono tortuose e allungate, in parte dilatate, rivestite da epitelio di tipo foveolare diffusamente iperplastico. Malattia di Ménétrier?". Veniva prescritta una terapia per l'eradicazione dell'HP (PPI, amoxicillina, claritromicina e metronidazolo) e una dieta iperproteica. Le analisi ripetute il 10 agosto mostravano un aumento delle proteine totali, 6,5 g/dL, e della albumina, 3,7 g/dL, normalizzazione delle alfa 1 e alfa 2. Clinicamente, il P. non avvertiva più astenia né dolori epigastrici; gli edemi declivi erano scomparsi e aveva ripreso attivamente la sua attività di imprenditore edile. Si consigliava di continuare la terapia con il solo PPI e di ricontrollare la gastroscopia a fine settembre.

Rischi e benefici dell'uso a lungo termine degli IPP: self-audit sull'appropriatezza prescrittiva e modalità di de-prescrizione

Barbara Bartoccini¹, Luca Tedeschi²

¹ MMG - SIMG Perugia ex tirocinante CFSMG in attesa di convenzione Perugia, ² MMG SIMG Perugia, Tutor CFSMG

INTRODUZIONE: Gli IPP sono tra i farmaci maggiormente prescritti sia in ambiente ospedaliero che negli ambulatori della Medicina Generale, come dimostrato dai rapporti OsMed.

MATERIALI E METODI: Stato analizzato l'archivio MilleWin di tutti gli assistiti di un medico di medicina generale (MMG) (1.535 pazienti) di un anno. La letteratura scientifica è stata selezionata per definire criteri di appropriatezza clinica e prescrittiva degli IPP e le interazioni farma-

FIGURA 1.

Audit appropriatezza terapia con IPP su una popolazione tot. paz. 1535 (terapia cronica con IPP ≥ 4 conf/anno; periodo considerato settembre 2017 -settembre 2018).

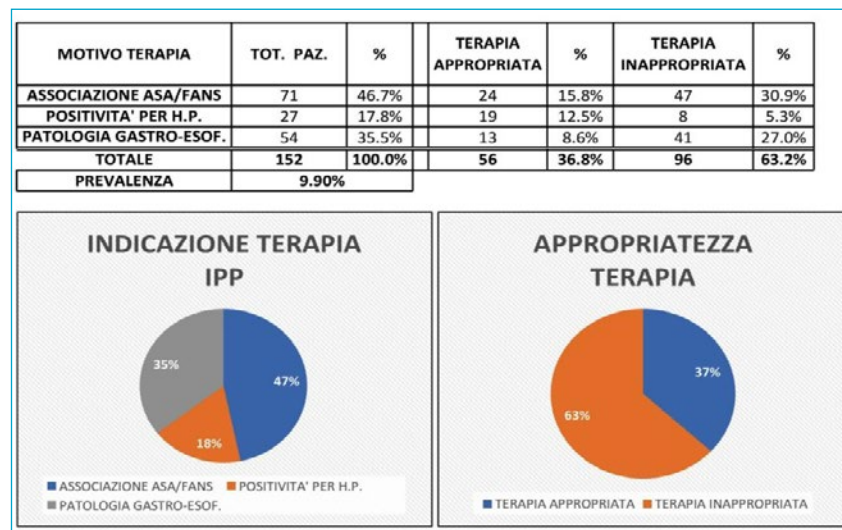
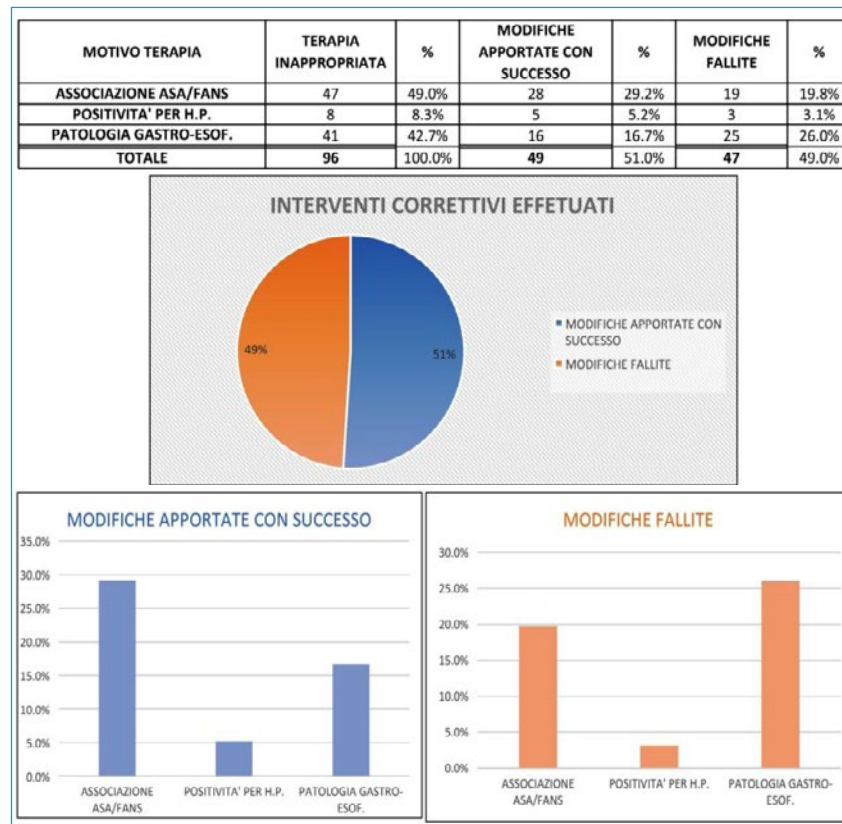


FIGURA 2.

Interventi correttivi messi in atto su 96 paz. con terapia inappropriata: descalation therapy/sospensione terapia con successiva rivalutazione a un mese.



cologiche. Come uso cronico degli IPP è stata considerata la "prescrizione di almeno quattro confezioni/anno" come criterio di ricerca.

RISULTATI: Su un totale di 1.535 pazienti, 152 erano state le prescrizioni di almeno quattro confezioni di IPP nel periodo preso in esame

(prevalenza del 9,9%) Di questi: 71 pazienti (47%) assumevano IPP in associazione a terapia cronica con ASA/FANS e di questi, 61 pazienti, avevano fattori di rischio (età e 65 anni, concomitante uso di anticoagulanti o cortisonici, pregressa storia di complicazioni del tratto gastroenterico o comorbidità associate) per cui era giustificata una terapia cronica con IPP, mentre 10 non avevano i criteri di appropriatezza (Fig 1). Solo il 33,8% degli assistiti in terapia associata ASA/FANS e IPP aveva un trattamento gastro-protettivo in atto idoneo sia per indicazione che per dosaggio. Per restante 66,2% degli assistiti sono stati messi in atto interventi correttivi personalizzati che

prevedessero riduzione graduale e successiva sospensione del farmaco oppure sospensione diretta dell'IPP oppure riduzione alla minima dose efficace di IPP. 29 pazienti (19%) avevano ricevuto prescrizione di IPP e anche una diagnosi di infezione da HP nello stesso anno. 54 assistiti (35%), per esclusione, assumevano IPP per sintomatologia intercorrente e/o diagnosi di patologia gastro-esofagea. Di questi 43 assistiti assumevano IPP per MRGE diagnosticata clinicamente o tramite EGDS o per NERD. 5 assistiti assumevano IPP per ulcere gastro-duodenali HP negative (terapia indicata per 4-8 settimane); 1 era effetto da carcinoma esofageo (trattato in cronico come esofago di

Barrett); 1 da carcinoma gastrico non aggredibile chirurgicamente; 4 assistiti assumevano IPP senza motivazione clinica (in associazione a clopidogrel, warfarin o cortisone) (Fig. 2).

CONCLUSIONI: L'attenzione alla terapia con IPP dovrebbe essere uno dei temi della medicina d'iniziativa e il MMG, anche incontrando il paziente anche per motivi non strettamente inerenti alla prescrizione degli IPP, potrebbe cogliere l'occasione per confrontarsi su questo tema e spiegare l'importanza dell'interruzione o riduzione della terapia cercando di prescrivere con consapevolezza queste molecole a oggi certamente solo apparentemente completamente innocue.

Area INFETTIVOLOGIA

COVID-TOUR ... una collaborazione contagiosa

Gian Lorenzo Bruni, Martina Durigon, Luca Pestarino

SIMG Genova, Associazione Medici Valpocevera, medicooGenova

INTRODUZIONE: Da marzo 2020 anche la Asl 3 genovese è colpita in modo massivo dalla pandemia di COVID-19. È evidente fin dall'inizio la mancanza di un filtro e di una rete territoriale per cui il medico di medicina generale (MMG) senza DPI adeguati in quantità e qualità, senza tamponi e senza protocolli precisi non può intervenire se non telefonicamente o su iniziativa personale. Tutto il carico di pazienti gravi si riversa su C.A., 118 e ospedali. Il MMG sommerso da richieste a cui non sa e non può dare una risposta pratica si sente schiacciato e inerme. Nasce tra gli MMG della Valpocevera l'idea di organizzarsi per poter rispondere, con visite a domicilio sicure e ben equipaggiate, alle esigenze dei tanti cittadini malati che non necessitavano al momento di un'immediata presa in carico a livello ospedaliero, verificando condizioni generali e rilevando i primi segni di scompenso con l'intento di prevenirne il tracollo clinico repentino.

MATERIALI E METODI: Dal giorno di inizio il 30.03.2020, 10 MMG omogeneamente distribuiti nell'intera Valpocevera hanno dato la propria disponibilità a svolgere le visite domiciliari organizzati in turni giornalieri. Il servizio attivo 5 gg alla settimana dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 18 prevedeva un MMG equipaggiato dai corretti DPI e accompagnato da un'auto della Croce

Rosa Rivarolese con un autista che aveva compiti sia logistici che di sanificazione. I DPI nonché i costi del servizio prestato dalla CROCE ROSA è stato sostenuto da MedicoopGenova (cooperativa di medici di famiglia) sostenuta da una raccolta fondi diffusa tra utenti e personale. Le visite erano raccolte tra un bacino di circa 15 MMG e poi passate via telefono al MMG di turno. Da inizio maggio al MMG è stata data la possibilità di eseguire tamponi oro-nasofaringei sui soli soggetti sospetti e sintomatici. Il paziente tipo che andavamo a visitare era quello sospetto per infezione da COVID (febbre tosse malessere e lieve dispnea), il paziente cronico con riacutizzazione (scompenso cardiaco, BPCO) o un paziente generico che presentasse un malessere tale da necessitare visitato a domicilio (colica addominale, crisi ipertensiva, malattia esantematica...).

RISULTATI: Questa attività è durata 13 sett. In totale sono state effettuate 238 visite a domicilio di cui 122 nelle prime 3 sett., circa 15-20/sett. da metà aprile a fine maggio e poco più di 2 a sett. nel mese di giugno. Abbiamo eseguito 18 tamponi di cui 17 negativi e 1 positivo. Il 75% degli accessi domiciliari è avvenuto per patologie acute con febbre e/o tosse e/o diarrea e/o dispnea. Nel 47% delle visite totali il medico ha ritenuto fosse un verosimile caso di infezione da coronavirus. Sono stati svolti in totale 76 turni di 4 ore ciascuno.

CONCLUSIONI: Questa esperienza ha dimostrato la fattibilità nonché l'utilità di un lavoro di équipe permettendo di non sovraccaricare il singolo MMG, di garantire una copertura oraria e geografica ampia e omogenea. Ha permesso di effettuare una rapida valutazione e presa

in carico sanitaria, tranquillizzando i pazienti e RIDUCENDO (nel nostro piccolo) il sovraccarico del sistema dell'emergenza sanitaria e degli ospedali. La rapidità e capillarità di intervento lasciano presagire un possibile proficuo utilizzo anche nella fase non pandemica e anche per patologie non infettive.

La prescrizione di antibiotici nel primo semestre 2020 in Medicina Generale

Maria Angela Elefante¹, Tecla Mastronuzzi²

¹ CFSMG Bari, ² MMG Bari

INTRODUZIONE: L'antibioticoresistenza (AR) è una minaccia per la salute pubblica per via dell'impatto economico e epidemiologico. La Medicina Generale è un elemento chiave per migliorare l'informazione ai cittadini e l'appropriatezza della prescrizione antibiotica. La pandemia da coronavirus ha messo a rischio le azioni contro AR. Una review sui pazienti ospedalizzati con COVID-19 ha evidenziato che il 72% di loro avevano ricevuto antibiotici ma solo l'8% aveva un'infezione batterica o fungina. Secondo analisi OMS l'azitromicina (AZT) e l'idrossiclorochina sono stati usati ampiamente anche al di fuori di Trials clinici per l'infezione COVID-19. Tuttavia i dati AIFA sul consumo territoriale di AZT e idrossiclorochina nei mesi di marzo e aprile 2020 mostrano come solo per la seconda si sia osservato un incremento significativo rispetto ai due mesi precedenti. Mancano i dati

sul consumo territoriale degli antibiotici durante la fase acuta della pandemia.

SCOPO DEL LAVORO: Analizzare le prescrizioni di antibiotici per uso sistemico (ATC J01) nel I semestre 2020 confrontandolo con quello del I semestre del 2019 in un gruppo di medici di famiglia della Provincia di Bari.

MATERIALI E METODI: Dal software di 4 medici di famiglia della ASL BARI abbiamo estratto le prescrizioni totali e le prescrizioni di antibiotici e la relativa spesa da gennaio 2020 a giugno 2020 e da gennaio 2019 a giugno 2019. La popolazione in carico era costituita da 4704 pazienti nel 2020, e 4596 pazienti nel 2019. Abbiamo rappresentato i dati in conformità ai dati riportati da AIFA calcolando: numero prescrizioni, rapporto prescrizioni/pazienti, numero antimicrobici, rapporto numero antimicrobici/totale prescrizioni, spesa totale, spesa per antimicrobici, numero di prescrizioni di AZT. Sono state inoltre calcolate le medie e i delta. La differenza assoluta tra le medie del I sem. 2020 e del I sem. 2019 è il Delta assoluto 2020-2019.

Il Rapporto in percentuale tra la differenza assoluta tra le medie è il Delta relativo 2020-2019. Abbiamo considerato "il periodo pre-COVID" e i dati relativi sono la media dei mesi di gennaio e febbraio, e "il periodo post-COVID" la media dei mesi marzo e aprile.

RISULTATI: I risultati sono riportati nelle Tabelle I e II.

DISCUSSIONE: Mentre il numero di prescrizioni totale nei due semestri considerati non è sostanzialmente cambiato, facendo registrare un calo solo dello 0,5%, il numero di prescrizioni di antimicrobici ha subito una maggiore riduzione nel 2020 rispetto al 2019 (-15%). Per quanto il numero di prescrizioni del II bimestre 2020 sia superiore rispetto a quelle del I bimestre (+5,4%), il numero di antibiotici prescritti è in calo (-36,9%). Sembra emergere una maggiore cautela nella prescrizione di antibiotici da parte dei medici di medicina generale. Si precisa che il calo delle prescrizioni nel II bimestre dell'anno, rispetto il I bimestre, è un dato presente anche nel 2019, ed è correlato

alla stagionalità di determinate infezioni ma il calo registrato del 2019 è del 16,4% rispetto al 36,9% del 2020. Per quanto il numero di prescrizioni di AZT dei mesi di marzo-aprile 2019 (56 pezzi) sia inferiore rispetto quello del 2020 (128 pezzi), la prescrizione nel periodo post-COVID (marzo-aprile) è inferiore (-5,2%) rispetto al periodo pre-COVID. Questo dato, insieme al calo delle prescrizioni di antibiotici che emerge sia nel confronto tra i due anni, che tra il periodo pre-COVID e il periodo post-COVID, è confortante in relazione alla minaccia dell'AR.

Probabilità che il medico di medicina generale prescriva l'antibiotico al primo consulto

Maurizio Rinaldi

Medico Chirurgo, Master Universitario di Secondo livello in Medicina d'Emergenza e in Organizzazione e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari, Medico di Medicina Generale in Formazione, ASL RM3, Regione Lazio, Italia

TABELLA I.

CATEGORIA	I SEM 2019	I SEM 2020	DELTA assoluto 2020 - 2019	DELTA relativo 2020 - 2019
NUMERO PRESCRIZIONI	57391 (media 9565,2)	57112 (media 9518,7)	-46,5	-0,5%
NUMERO ANTIBIOTICI	4334 (media 722,3)	3678 (media 613)	-109,3	-15,1%
Percentuale antibiotici/prescrizioni totali	7,55%	6,44%		
Rapporto Prescrizioni/pazienti	12,5	12,1		
Rapporto antibiotici/pazienti	0,9	0,8		
SPESA TOT.	797356 (media 132892,7)	786580 (media 131096,7)	-1976,03	
SPESA ANTIBIOTICI	42718 (media 7119,7)	36956 (media 6159,3)	-960,4	-13,2%
SPESA ANTIBIOTICI RISPETTO SPESA TOT	5,4%	4,7%	-0,7%	

TABELLA II.

	2020		Delta assoluto Post-pre	Delta relativo post-pre
	PRE COVID Gennaio-Febbraio	POST COVID Marzo-Aprile		
NUMERO PRESCRIZIONI	19123 (media 9561)	20148 (media 10074)	+ 513	+5,4%
NUMERO ANTIBIOTICI	1723 (media 862)	1088 (media 544)	-318	-36,9%
AZITROMICINA	135 (media 67,5)	128 (media 64)	-7	-5,2%
2019				
NUMERO PRESCRIZIONI	10989 (media 9994)	9043 (media 8929)	-2130	-10,7%
NUMERO ANTIBIOTICI	1089 (media 948)	719 (media 638)	-310	-16,4%
AZITROMICINA	90 (media 45)	56 (media 28)	-34	-37,8%

INTRODUZIONE: Gli accessi dal medico di medicina generale (MMG) per problemi di infezioni sono comuni: di fatto, le malattie infettive sono il motivo più comune di primo consulto per almeno più della metà dei pazienti (53%) (Fig. 1); secondariamente, circa 1 paziente su 5 lamenta invece problemi muscoloscheletrici. Attualmente, per quanto noto, sono ancora pochi gli studi clinici pubblicati sulla probabilità di ricevere l'antibiotico terapia rivolgendosi al MMG in Italia. Pertanto, l'obiettivo di questo studio è analizzare le diagnosi clinico-strumentali possibili su una popolazione campionaria di 100 assistiti, la durata e la tipologia delle terapie prescritte, e soprattutto stabilire la probabilità che il MMG prescriva l'antibiotico nella popolazione esposta a un agente infettivo durante la prima visita.

MATERIALI E METODI: Per raggiungere l'obiettivo dello studio, sono stati estratti casualmente 100 pazienti recatisi presso lo studio del MMG per una prima visita tra luglio 2019 e luglio 2020 (poco più del 70% visitati nel periodo estivo). A ogni paziente è stato contestualmente rilasciato il certificato medico gratuito relativo alla visita comprensivo di anagrafica, diagnosi, terapia, prognosi e indicazione per follow-up. Il MMG si è avvalso sia della semeiotica tradizionale sia di quella ecografica ottenuta con metodica ad alta risoluzione tramite sonda lineare o convex multifrequenza. L'analisi statistica ha riguardato tutta la popolazione campionaria, con particolare riguardo a pazienti esposti e

FIGURA 1.

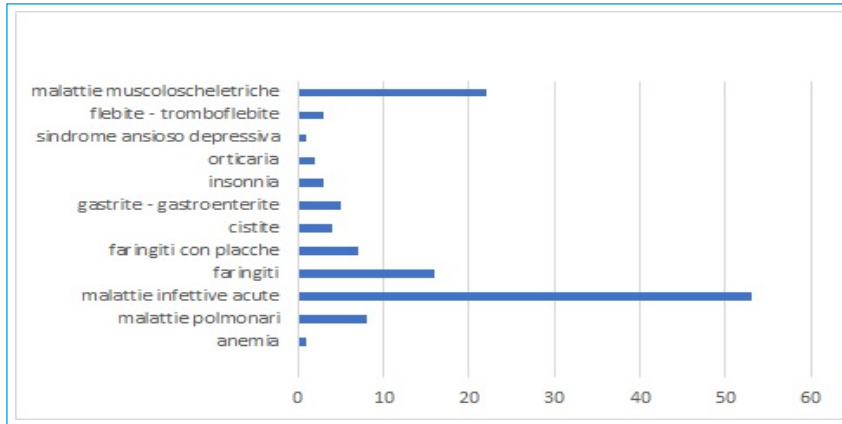


FIGURA 2.

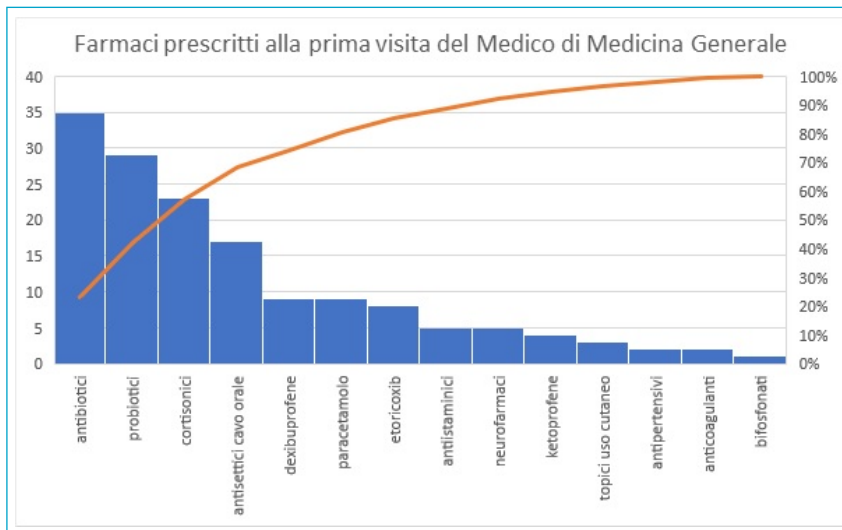
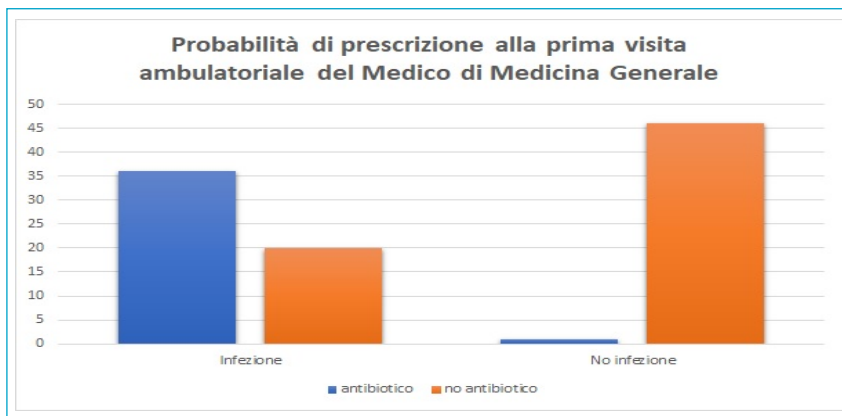


FIGURA 3.



non esposti a infezione in anamnesi rispetto all'evidente o assente necessità di prescrivere l'antibiotico terapia.

RISULTATI: La durata delle prescrizioni è stata più frequentemente pari a un intervallo di 5-10 giorni (circa 80%) indipendentemente dalla diagnosi posta testimoniando l'acuzie delle malattie incontrate dal MMG al primo consulto ambulatoriale. Più di 1 paziente su 3 ha necessitato di antibiotici che hanno rappresentato il 90% delle prescrizioni. Penicillina e cefalosporina di terza generazione costituiscono oltre la metà dei farmaci prescritti per le malattie infettive acute associate spesso a probiotici, cortisonici per aerosol e antisettici del cavo orale (Fig. 2). Il segno più frequentemente obiettivato è stato la febbre (poco più di 1 caso su 5) mentre il mal di gola è stato il sintomo più comune (31%). Il follow-up clinico-strumentale è stato utile nell'80% dei casi a distanza media di 8 giorni (mediana 7). L'esposizione a infezione in anamnesi e la diagnosi di malattia infettiva implica una probabilità 83 volte maggiore che il MMG prescriva l'antibiotico nella popolazione esaminata (test chi-quadrato = 5,03; $p = 0,025$). Solo in 1 paziente su 10 è stato inviato a effettuare esami laboratoristici o strumentali (Fig. 3).

CONCLUSIONI: Esiste una netta associazione tra diagnosi di malattia infettiva e prescrizione di antibiotico ai pazienti che si rivolgono al MMG per la prima visita. I dati indicano altresì un'opportunità di gestione clinica completa del paziente e di governo clinico delle prestazioni sanitarie.

Area MALATTIE METABOLICHE

Uricemia nel setting della Medicina Generale

Ilaria Olivieri, Bernardino Bruno, Luciano Lipa, Federica Ponzi

SIMG L'Aquila

L'acido urico (AU) è il prodotto finale del metabolismo delle purine. Le condizioni di erogabilità previste dai LEA per il dosaggio dell'AU sono: 76A, alterazione del metabolismo renale; 76B, monitoraggio delle terapie citotossiche; 76C, patologia gottosa. Pertanto, in Medicina Generale, siamo soliti richiedere l'AU soltanto nelle suddette condizioni cliniche. Di contro, l'associazione tra AU e malattie cardiovascolari è stata più volte dimostrata, indicando come valore prognostico un cut-off (> 4,9 mg/dL) ben al di sotto di quello che comunemente viene considerato valido per iniziare una terapia. Quale sia il ruolo patogenetico dell'AU nelle MCV non è del tutto chiaro: disfunzione

endoteliale, stress ossidativo, trombofilia, aumento degli indici della flogosi... La prevalenza di iperuricemia è in aumento (M +12% vs F) e sembra essere strettamente correlata all'abuso di alcool e bevande zuccherate, all'aumento ponderale e alla obesità (1/3 della popolazione mondiale). Queste ultime si associano a iperuricemia per aumento della produzione e ridotta escrezione. Infine, il grasso viscerale, presente in eccesso nei soggetti sovrappeso, determina un maggior afflusso di acidi grassi liberi nel fegato con aumento della produzione di trigliceridi e AU. Abbiamo analizzato il comportamento prescrittivo negli ultimi 7 anni di 10 MMG della provincia di L'Aquila che assistono oltre 15000 cittadini, prendendo in considerazione circa 9000 assistiti di età compresa tra 18 e 90 anni. I valori dell'AU sono risultati significativamente più alti nei pazienti over 50 aa; in quelli con BMI > 25; negli ipertesi e, soprattutto, in quelli che fanno uso cronico di diuretici tiazidici; nei diabetici e, ovviamente, nei P. con insufficienza renale cronica. Nella maggioranza dei casi, il

dosaggio dell'AU è stato richiesto seguendo i criteri di appropriatezza dei LEA: in meno del 50% degli obesi e degli ipertesi; nel 60% dei D2; nel 70% dei P. con valori elevati della creatinina e nel 100% di quelli con patologia gottosa. Per l'80% dei MMG, il cut-off per un intervento terapeutico (farmacologico e non) è > 7,5 mg/dL. Nella popolazione generale, la definizione di valore "normale" è influenzata da quello che si intende per "normale"; infatti, anche in assenza di sintomatologia gottosa, non si può escludere il danno esercitato dall'AU. I risultati di questa analisi retrospettiva ci dicono che: 1) dobbiamo richiedere l'AU anche nei P. asintomatici per gotta, considerando l'AU come un ulteriore fattore di rischio per le patologie CV; 2) il cut-off per un intervento terapeutico non coincide con quello finora utilizzato per la prevenzione della gotta; 3) la stretta correlazione con l'aumento ponderale e l'obesità, suggerisce che anche l'iperuricemia possa rientrare nel complesso quadro clinico dell'insulino-resistenza.

Area OSTEOARTICOLARE

La terapia infiltrativa "blind" e/o ecoguidata nella patologia MSK nel nuovo setting del medico di medicina generale

Mario Calo¹, Laura Castaldi²,
Marco Bernardini², Valentina Stella¹

¹ MMG di Casena Medico SIMG, ² Medico in formazione

INTRODUZIONE: L'osteoartrosi è patologia ad alta prevalenza (20,6%) soprattutto nelle donne (24,9%) rispetto agli uomini (16,0%); prevalenza crescente con l'età con picco negli ultra-85enni (63% D - 50,9% M) e con un trend in ascesa dal 2007 anche in rapporto all'invecchiamento della popolazione (XII Report Health Search 2019). Il trattamento conservativo, non chirurgico, dei sintomi: dolore, limitazione funzionale, rigidità articolare è da tempo validato e integra modifica stili di vita, terapia fisica, cure termali, fkt e terapia infiltrativa vs terapia farmacologica analgesica/antinfiammatoria anche con una finalità di deprescrizione.

MATERIALI E METODI: Nel nuovo setting della Medicina Generale (medicina di gruppo/casa della salute Ausl della Romagna) in cui il MMG con l'IP in

un ambulatorio con orari dedicati dotato di ecografo (esaote my-Lab 70 xwiev - 3 sonde) e di adeguato materiale (campo sterile obbligato) abbiamo trattato 544 pazienti su un'utenza di oltre 5000 pazienti (10,2%). Sono stati utilizzati, in base alle indicazioni, ac, ialuronico a basso/medio peso molecolare (600-1200 dalton), così come ad alto peso (oltre 1200 d) e cross-linkato; anestetici (lidocaina cloridrato); cortisonici (metilprednisolone, triamcinolone, betametasona); ossigeno-ozono terapia (herrmann medozon compact 2-80 mcg/ml). L'uso sistematico della scheda NRS (Scala Numerica) dava indicazioni sul trattamento da adottare.

RISULTATI: Si è ottenuto miglioramento funzionale (dismissione dispositivo deambulazione: antibrachiale, roller, sedia) in 122 pazienti (36,4% dei pazienti che facevano uso di ausilio); un miglioramento soggettivo del dolore riferito da 372 pazienti (calo di 4,2 punti media scala numerica del dolore) pari al 68% dei pazienti trattati; oltre che una deprescrizione di farmaci analgesici/FANS pari al 12,2% rapportato alla spesa dell'anno precedente.

CONCLUSIONI: Nel nuovo setting della Medicina Generale, il MMG in costante affiancamento con l'IP, con un'agenda dedicata in orari extra-

ambulatorio, in spazi dedicati e grazie all'utilizzo sistematico di un ecografo adeguato, utilizzando l'intero pattern farmacologico intra-articolare oltreché l'ossigeno-ozono fornito da un apparecchio all'avanguardia, è possibile trattare la patologia MSK prevalentemente osteoartrosica primaria con miglioramento dei sintomi in una buona percentuale di pazienti (68%), con riduzione sensibile delle prescrizioni farmacologiche analgesiche/FANS (12,2%) e il ricorso a rivalutazioni specialistiche con un notevole contenimento della spesa sanitaria complessiva (dato in corso di elaborazione attualmente non disponibile).

Low back pain... il sintomo più amato dagli italiani

M. Anglisani, P. Apisa, C. Cirillo,
M.S. Costanzo, A. Di Maio, G.L. Fabozzi,
A. Lardaro, G. Loria, A. Manica,
I. Palladino, M.P. Palmiero, L.G.P. Pulcino,
P.J. Saltalamacchia, E.A. Seguela,
S. Soriano, F. Zito
SIMG Caserta

RAZIONALE: L'aumento dell'incidenza di sovrappeso e obesità nei paesi industrializzati grava sui vari sistemi sanitari. Oltre a provocare patologie internistiche, l'eccesso ponderale spesso di accompagna a patologie degenerative dell'apparato muscolo-scheletrico, in particolare della colonna vertebrale.

OBIETTIVO PRIMARIO: Determinare, nel setting della Medicina Generale, la correlazione tra dolore osteoarticolare della colonna lombare ed eccesso ponderale, valutando eventuali patologie concomitanti e terapie in atto.

OBIETTIVO SPECIFICO: Valutare la correlazione tra dolore osteoarticolare della colonna vertebrale lombare, misurato con la scala VAS e l'eccesso ponderale in tutte le sue forme. Analizzare lo stile di vita del paziente, la presenza di ipertensione arteriosa e diabete mellito e l'eventuale terapia in atto, focalizzandosi in particolare sull'eventuale assunzione di antidepressivi.

MATERIALI E METODI: Il gruppo SIMG Giovani Caserta, composto da 15 medici e un tutor, ha reclutato i primi 10 soggetti con LBP giunti alla loro osservazione durante il periodo di tutoraggio, per un totale di 150 pazienti. È stata quindi compilata una scheda comprendente diversi item: BMI, scala del dolore (VAS), terapia farmacologica in atto, presenza di ipertensione arteriosa, diabete mellito, e informazioni riguardo il life style (dieta, fumo e attività sportiva).

RISULTATI: Il campione totale analizzato nel nostro studio osservazionale è stato di 150 pazienti, in un periodo di 30 giorni. I risultati del nostro studio in particolare hanno evidenziato:

- 1) elevata correlazione con patologie di tipo organico quali: malattie cardio/dismetaboliche (ipertensione 27%, obesità 15,3% e diabete mellito 19%);
- 2) correlazione di tipo esponenziale con stili di vita caratterizzati da assenza di una qualsiasi attività sportiva (69,4%) e abitudine tabagica (32,6%);
- 3) lieve prevalenza nel sesso femminile 58%;
- 4) fascia di età maggiormente coinvolta compresa tra 51 anni e 70 anni (38,6%);
- 5) utilizzo di antidepressivi nel 18,6% dei casi;
- 6) alta prevalenza di dolore grave (52%) o moderato (39%);
- 7) i farmaci più utilizzati sono FANS (43,4%) e paracetamolo (36,6%).

CONCLUSIONI: Lo studio dimostra la necessità di screenare nell'ambulatorio del medico di famiglia i pazienti con lombalgia in modo da mettere in atto tutte le strategie possibili, farmacologiche e non, per migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti. Essendo una patologia complessa a cavallo tra varie discipline, il MMG resta una figura centrale in questo senso. La lombalgia è un problema rilevante per il MMG e la sua gestione è resa ancora più con-

troversa dalle aspettative di guarigione immediata spesso richiesta dai pazienti. È quindi fondamentale, in tale ottica, la presenza costante di decisioni condivise: spiegare al paziente la storia naturale della malattia e quanto siano deboli le evidenze a favore di trattamenti farmacologici frequentemente pretesi dagli stessi. Subentra quindi un innovativo elemento: la necessità di educare il paziente e contribuire alla sua formazione come esperto della sua stessa malattia, e in grado di scegliere, insieme al medico, il trattamento migliore per la gestione a lungo termine della sua condizione.

Vitamina D: quali le ricadute nella pratica clinica dopo l'introduzione della Nota AIFA 96?

Sabrina Trapani¹, Giovanni Merlino²

¹ Medico di Continuità Assistenziale, ASP Palermo,

² Medico di Medicina Generale, ASP Palermo

INTRODUZIONE: La vitamina D è un pro-ormone che interviene sul metabolismo del calcio a livello ematico e osseo. Livelli insufficienti contribuiscono all'insorgenza di osteoporosi attraverso un ridotto assorbimento di calcio, all'iperparatiroidismo secondario e al bilancio del metabolismo osseo a favore del riassorbimento. Negli ultimi anni i bassi livelli di vitamina D sono stati impropriamente correlati a una maggiore insorgenza di patologie croniche quali: ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattie cardiovascolari e alcuni tumori. Per tale motivo, il consumo di vitamina D in Italia è notevolmente aumentato. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, in Italia la spesa per questi farmaci è passata da 24 milioni di euro nel 2006 a oltre 208 milioni di euro nel 2016. Nel 2016, il colecalciferolo, che rappresentava

l'88% delle prescrizioni di vitamina D, era al 6° posto tra i principi attivi a maggiore spesa, al 63° posto nel 2012. Il 5 novembre 2019 sono state introdotte le nuove condizioni di prescrivibilità dei farmaci contenenti vitamina D, regolate dalla nota 96. La prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stata così limitata alla prevenzione e al trattamento della carenza di vitamina D nella popolazione adulta.

MATERIALI E METODI: Abbiamo condotto uno studio retrospettivo mettendo a confronto i dati relativi alle prescrizioni dei farmaci contenenti vitamina D nei 3 quadrimestri precedenti l'introduzione della nota 96 (novembre '18/ottobre '19) e confrontati con i dati raccolti nei due quadrimestri post-nota (novembre '19/giugno '20).

RISULTATI: Abbiamo utilizzato un campione eterogeneo di pazienti per età (> 18 anni), sesso e comorbidità. La popolazione in esame consta di 9.603 pazienti, ottenuti grazie all'estrazione sui database di 6 medici di medicina generale di Palermo. Dai dati analizzati si evidenzia una riduzione percentuale media dei pazienti sottoposti a terapia con vitamina D confrontando i quadrimestri precedenti con quelli successivi alla pubblicazione della nota 96, 5,71% pre nota contro 3,01% post nota. La variazione percentuale dei pazienti in terapia con vitamina D fra il quadrimestre successivo la pubblicazione della nota 96 e il quadrimestre precedente è del -37,76%. Il farmaco maggiormente prescritto è il colecalciferolo seguito dall'associazione di calcio e vitamina D e dal calcifediolo. Il numero di prescrizioni del colecalciferolo si è drasticamente ridotto nel I quadrimestre post nota rispetto al precedente (Fig. 1), 642 prescrizioni vs 2.434 prescrizioni (-73,62%). Il maggiore controllo sull'utilizzo dei farmaci a base di vitamina D ha

FIGURA 1.
Variazione numero prescrizioni vitamina D.

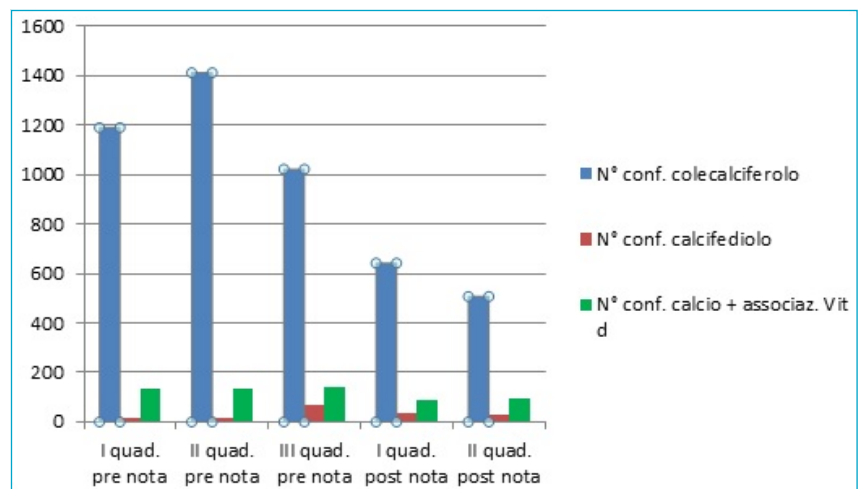
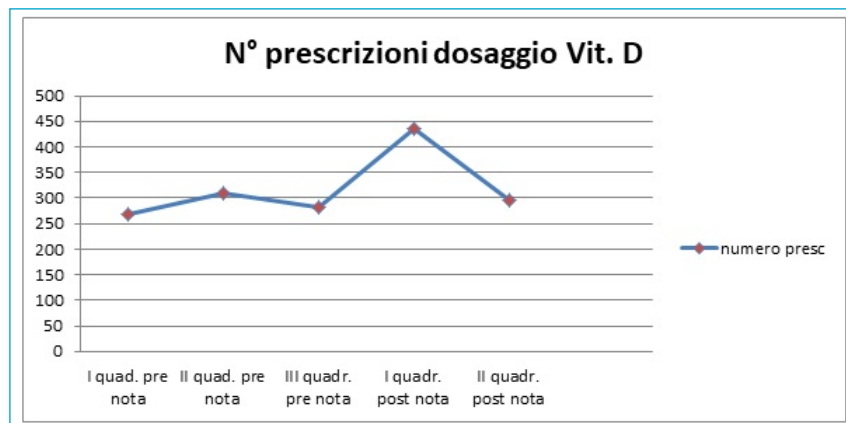


FIGURA 2.



portato a un incremento percentuale del numero delle prescrizioni degli esami ematochimici per il dosaggio della vitamina D (Fig. 2) con un incremento percentuale fra i due quadrimestri

post nota e i due quadrimestri pre nota 96 del 23,68% (591 prescrizioni pre nota vs 731 prescrizioni post nota). L'incremento di tali prescrizioni è stato necessario al fine di regolamentare

in maniera opportuna la prescrizione o meno dei farmaci a base di vitamina D.

CONCLUSIONI: L'introduzione della nota 96 ha verosimilmente consentito di limitare le prescrizioni ai pazienti con reale carenza di vitamina D, il cui numero è sorprendentemente elevato alle nostre latitudini. La limitazione regolamenta la rimborsabilità di colecalciferolo, colecalciferolo/sali di calcio e di calcifediolo nella popolazione adulta con il chiaro obiettivo di contenere la spesa a carico del SSN, razionalizzandone l'uso da parte dei medici. Tuttavia va sottolineato come nel tentativo di rendere più appropriata e adeguata la prescrizione di vitamina D, la subordinazione dell'accesso alla terapia ai livelli sierici ha determinato un incremento della spesa del SSN per il dosaggio della vitamina D. Per tale motivo è opportuno valutare in maniera più dettagliata l'impatto clinico ed economico della Nota 96 nei prossimi anni per confermare la robustezza dei risultati preliminari.

Area PNEUMOLOGIA

OSAS e comorbidità: analisi di uno studio osservazionale in Medicina Generale

Angelo Crescenti¹, F. Crescenti¹,
A. Belvedere¹, S. Inferrera¹, U. Alecci¹,
R. Scoglio¹, R. Crescenti²

¹ ASP Messina, ² Medicina Interna, AO Papardo, Messina

INTRODUZIONE: La Sindrome dell'Apnea Ostruttiva nel Sonno (Obstructive Sleep Apnoea Syndrome, OSAS) produce nel tempo delle ripercussioni sul piano sanitario, sociale ed economico con aumento della morbilità e della mortalità della popolazione affetta, aumento dei costi sanitari dovuti al trattamento delle comorbidità, perdita di produttività per ridotta performance lavorativa e infortuni sul lavoro. Il forte impatto sociale dell'OSAS è documentato da un aumento del rischio di incidenti stradali di 1,2-2 volte rispetto alla popolazione sana. L'OSAS è gravata da una notevole sottostima e sotto-diagnosi nella popolazione generale: in Italia, network HS nel 2018 indica una prevalenza dell'1,15%, studio Wisconsin 1993 una prevalenza del 4% nei maschi e del 2% nelle donne, mentre un recente studio sulla popolazione svizzera nella fascia tra 40 e 85 anni è emersa una prevalenza del 49,7% nei maschi e del 23,4% nelle donne. Nel complesso si stima che

la prevalenza dell'OSAS nella popolazione adulta oscilla dal 3% al 7% negli uomini e dal 2% al 4% nelle donne con una probabile sotto-diagnosi che sfiora l'80%. Sebbene siano a disposizione pochi studi circa l'andamento epidemiologico dell'OSAS, si può concludere che ci sia un maggior interessamento degli uomini rispetto alle donne (grazie al ruolo protettivo degli estrogeni, nel rapporto di 3:1) e una maggiore prevalenza nella popolazione adulta rispetto a bambini, giovani e anziani. Alla luce di questi dati si è voluto condurre uno studio nella popolazione della provincia di Messina coinvolgendo il gruppo di ricerca SIMG, per cercare di identificare i soggetti affetti da OSAS e cercare di analizzare le caratteristiche di questi pazienti. Obiettivo della ricerca è quello di:

- identificare pazienti affetti da OSAS rilevando la prevalenza nella popolazione;
- analizzare le loro caratteristiche (età, sesso, BMI, fumo);
- conoscere la prevalenza delle varie comorbidità (ipertensione arteriosa, obesità, diabete ecc.).

MATERIALI E METODI: Lo studio ha coinvolto la popolazione afferente agli studi di Medicina Generale di 7 medici di medicina generale (circa 11000 soggetti). Si sono estratti i dati dai software dei medici di medicina generale con diagnosi di OSAS (AHI ≥ 5 con quadro clinico associato), la diagnosi era formulata con esame polisonnogra-

fico. Si sono studiate le loro caratteristiche: età, sesso, fumo, BMI e le loro comorbidità: ipertensione arteriosa, obesità, dislipidemia, obesità, ecc. **RISULTATI:** Dai primi dati elaborati lo studio ha rilevato 193 pazienti affetti da OSAS con una prevalenza dell'1,76% (62% uomini, 38% donne). L'età media dei pazienti è di 67 anni, il BMI medio è di 31,58. Questi pazienti erano affetti da varie comorbidità: ipertensione arteriosa 76%, BPCO 30%, dislipidemia 57%, diabete 44%, GERD 51%, vasculopatia cerebrale 30%, aritmia cardiache 20%. Questi dati iniziali confermano la sotto-diagnosi della malattia, la prevalenza si attesta a valori di altri dati epidemiologici come HS, sono soggetti soprattutto maschi, obesi con comorbidità importanti come ipertensione arteriosa, dislipidemia, bpc, diabete. Nel complesso lo studio conferma come l'OSAS sia una patologia sommersa, decisamente sottostimata e pertanto sotto-trattata.

Valutazione dell'andamento dei livelli sierici di 25-idrossivitamina D3 in pazienti affetti e guariti da SARS-CoV-2: studio osservazionale!

Lucia Muraca¹, Federico Longhini²,
Giovambattista De Sarro³, Erika Cione⁴,
Luca Gallelli³

¹ MMG ASP Catanzaro; ² Department of Anesthesiology and Reanimation, Mater Domini University Hospital, Catanzaro; ³ Department of Health Science, School of Medicine, University of Catanzaro, Operative Unit of Clinical Pharmacology, Mater Domini University Hospital, Catanzaro; ⁴. Department of Pharmacy, Health and Nutritional Sciences-Department of Excellence 2018-2022, University of Calabria

In questo studio si è valutato i livelli di 25-idrossivitamina D3 (25(OH)D3) nei pazienti affetti da SARS-CoV-2 rispetto a quelli guariti e non infetti. Abbiamo effettuato uno studio clinico osservazionale su pazienti di entrambi i sessi > 18 anni e < 65 anni afferenti agli ospedali e agli ambulatori

di Medicina Generale di Catanzaro dal 30 marzo 2020 al 30 maggio 2020. I dati epidemiologici, clinici e radiologici sono stati registrati e rivisti da un team di medici specializzati. I livelli sierici di 25(OH)D3 e interleuchina (IL)-6 sono stati rilevati con il metodo dell'immunochemiluminescenza (CLIA). Nello studio sono stati arruolati 210 pazienti, 76 (36,2%) nel gruppo NO-COVID-19, 80 (38,1%) nel gruppo COVID-19 e 54 (25,7%) nell'ex gruppo COVID-19. Le comorbidità predominanti riscontrate sono state il diabete (35/105, 33,3%), l'ipertensione (53/105, 50,5%), l'ipercolesterolemia (15/105, 14,3%) e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO; 48/105, 45,7%). Bassi livelli sierici di 25(OH)D3 erano

presenti in tutti i gruppi, anche se abbiamo documentato livelli sierici inferiori di 25(OH)D3 nei pazienti COVID-19 rispetto a quelli NO-COVID-19 (** p = 0,0091). La sotto-analisi dei risultati ha documentato una differenza correlata al genere nei livelli sierici 25(OH)D3 nei pazienti arruolati (nel gruppo femminile). Infine, non siamo riusciti a mostrare una correlazione tra vitamina D bassa e IL-6 alta. In conclusione, abbiamo descritto livelli sierici insufficienti e carenti di 25(OH)D3 in tutti i pazienti arruolati. Abbiamo messo in evidenza che i maschi, che di solito hanno una prognosi peggiore per COVID-19, mostrano livelli non fluttuanti di 25(OH)D3 che a loro volta non possono garantire un'adeguata forma di vitamina D3 attiva.

Area PREVENZIONE

Campagna vaccinale antinfluenzale al tempo del COVID-19

Beatrice Musolino, Sonia Lucignoli, Alessandra Martino

SIMG Genova

RAZIONALE: Nella prossima stagione influenzale 2020-2021, considerata la verosimile circolazione di virus influenzali e SARS-Cov-2, risulta particolarmente necessaria la copertura con la vaccinazione antinfluenzale del maggior numero di soggetti eleggibili. Tra gli obiettivi, in particolare, risulta cogente quello di facilitare la distinzione tra la malattia influenzale e il COVID nell'ottica di una migliore presa in carico del paziente. A oggi, risulta complesso per molti studi di Medicina Generale adottare la necessaria organizzazione per affrontare efficacemente tale sfida. È necessaria, quindi, una condivisione di obiettivi e metodologie tra i medici di medicina generale (MMG).

MATERIALI E METODI:

- Individuare spazi cittadini esterni agli studi dei MMG (es. palestre, Fiera del Mare, tende nelle piazze cittadine principali e altri), appositamente organizzati a ospitare la campagna vaccinale.
- Le vaccinazioni saranno eseguite da MMG che hanno espresso la loro disponibilità a eseguirle (adiuvati da infermieri e/o segretari).
- I MMG che non intendono partecipare attivamente alla campagna vaccinale potranno demandare ai colleghi MMG disponibili, fornendo loro l'elenco dei loro assistiti candi-

dabili alle vaccinazioni, previo contatto e/o accordo con gli stessi assistiti.

- Il compenso economico sarà calcolato in percentuali ancora da definire tra chi partecipa attivamente e chi partecipa passivamente alla campagna vaccinale.

All'interno dello spazio individuato per espletare la campagna vaccinale, saranno organizzate 3 aree di attività:

1. Zona Accoglienza: uno/due segretari si occupano della documentazione necessaria (consenso informato, autocertificazioni varie);
2. Zona Vaccinazione: il MMG/infermiere esegue la vaccinazione;
3. Zona Attesa: il paziente, eseguita la vaccinazione, attende per 10-15 min:
 - le vie di ingresso e di uscita dovranno essere separate;
 - ambiente ventilato. Dovranno essere adottate tutte le misure igienico-sanitarie per la prevenzione del COVID-19 (mascherina, guanti, gel disinfettanti, distanza di sicurezza ecc.);
 - indispensabile presenza di kit di emergenza (con adrenalina ecc).

Esperienza sulla prevenzione del carcinoma del colon-retto

Antonio Venturelli¹,
Francesca D'Imprima², Chiara Silvestri³

¹ Medico di Medicina Generale AUSL Modena,

² Medico tirocinante, ³ Medico corsista CFS in Medicina Generale

INTRODUZIONE: Il carcinoma del colon-retto

è una patologia di primaria importanza per incidenza, prevalenza e mortalità. È la seconda causa di morte, per tumore, sia negli uomini (11%) che nelle donne (12%). Il programma di screening attivo in Emilia-Romagna per il carcinoma del colon-retto è rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni di età, viene effettuato mediante il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF), con ripetizione regolare ogni 2 anni, e successiva colonscopia nei casi di SOF positivi. Per quanto riguarda l'andamento temporale, si osserva uno spiccato e significativo incremento della sopravvivenza netta standardizzata a 5 anni per tumore del retto e del colon, sia rispetto alla casistica degli anni 1994-1996 sia rispetto alla casistica degli anni 2000-2002. Il miglioramento della sopravvivenza è in buona misura mantenuto anche per i valori a 10 anni dalla diagnosi. La sopravvivenza si riduce a partire dalla classe d'età 65-74 anni, ma in misura più marcata dopo i 74. L'obiettivo principale della ricerca è dimostrare come una sistematizzazione della prevenzione, mediante l'aggiornamento della cartella e l'utilizzo di strumenti come MilleUtilità, possa permettere di individuare quei pazienti, a rischio, incrementando il livello di prevenzione.

MATERIALI E METODI: Partendo da un'accurata gestione e aggiornamento della cartella clinica e utilizzando MilleUtilità e MilleWin abbiamo individuato i pazienti candidabili alla colonscopia. Utilizzando MilleUtilità è stato estratto un file excel contenente i pazienti che avevano:

- anamnesi familiare per k colon → V16.0;
- polipo/polipi colon → 211.3;
- polipo/polipi retto → 569.0;

- K cieco e valvola ileo ciecale → 153.4;
- K colon e crasso → 153.9;
- K colon ascendente → 153.6;
- K colon retto e sigma → 154.0;
- età 20-85 anni.

È stato indicato, per ogni paziente, la data dell'ultima colonscopia e l'esito. Il database su cui abbiamo lavorato nel periodo aprile 2019 – agosto 2020 è di 372 pazienti su 1600 assistiti. Con questi dati a disposizione, ci siamo posti questi obiettivi:

1. rilevare quali pazienti rientrano nei criteri di selezione;
2. rilevare quali pazienti hanno effettuato una colonscopia nei quattro anni precedenti e con quale esito;
3. rilevare quali pazienti hanno effettuato la colonscopia nel periodo aprile 2019 – agosto 2020 e con quale esito;
4. rilevare quali pazienti sono stati esclusi per limite di età e comorbidità;
5. rilevare per quanti pazienti è stata effettuata una richiesta per colonscopia nel quinquennio 2015-2020 ma non hanno effettuato l'esame e rafforzare l'invito;
6. rilevare quali pazienti hanno un k colon noto.

RISULTATI:

1. I pazienti selezionati con i criteri sopra descritti sono 372.
2. Nel quinquennio precedente, 256 pazienti hanno effettuato una colonscopia. 60 hanno avuto esito positivo e 196 negativo.
3. Di questi nel periodo in cui abbiamo effettuato lo studio: aprile 2019 - agosto 2020 sono state effettuate 95 colonscopie; di queste, 33 con esito positivo per polipi, mentre 62 con esito negativo.
4. 7 pazienti sono stati esclusi per età e comorbidità.
5. 109 pazienti hanno ricevuto la richiesta di colonscopia ma non hanno ancora effettuato l'esame, o portato in visione.
6. 7 sono i pazienti in follow-up per k colon, tutti in buona salute, nessuno in trattamento chemioterapico, solamente uno con metastasi, ma dopo trattamento medico e chirurgico è attualmente in remissione stabile.

CONCLUSIONI: La ricerca evidenzia come il medico di medicina generale abbia le migliori opportunità operative per intercettare precocemente le neoformazioni intestinali. La sistematica compilazione della cartella clinica è presupposto fondamentale per estrarre, con l'applicativo di statistica di MilleUtilità, tutti i pazienti suscettibili di indagine. La successiva convocazione consente la partecipazione attiva del paziente al processo decisionale. La creazione di apposito registro consente un accurato follow-up a tutti i pazienti con potenziale rischio.

Questo studio evidenzia come, effettuando una colonscopia a tutti i pazienti con fattori di rischio si possano intercettare precocemente una grande percentuale di soggetti positivi per polipi: il 25% di tutti i pazienti a rischio, e il 6,2% di tutti gli assistiti dello studio.

La prescrizione di vitamina D nella ASL201 in Abruzzo durante la pandemia da SARS-Cov2

Bernardino Bruno¹, Federica Ponzi²,
Federica Tancredi¹, Luciano Lipa³

¹ SIMG AQ - MMG ASL201, L'Aquila, ² SIMG AQ - CFSMG, L'Aquila, ³ SIMG AQ - MMG ASL201, Avezzano

Con la nota 96, pubblicata il 28 ottobre 2019, l'AIFA ha ridefinito le condizioni di rimborsabilità dei farmaci a base di vitamina D (VitD) classificati in fascia A, esclusivamente per la prevenzione e il trattamento della carenza di VitD nei soggetti over 18 anni. Esattamente un anno prima, 22 ottobre 2018, la ASL 201 dell'Abruzzo aveva pubblicato una delibera circa l'"appropriatezza prescrittiva e il dosaggio della Vitamina D". Questa iniziativa della ASL era stata caldamente suggerita dai rappresentanti della SIMG provinciale che avevano registrato un comportamento a dir poco curioso nella prescrizione della vitamina e nella ricerca del suo dosaggio: dal 2015 è stata la prima voce di spesa farmaceutica del territorio; oltre il 60% della popolazione (0-100 anni) presentava almeno un dosaggio annuale della vitamina. Tuttavia, nonostante i corsi di aggiornamento obbligatori organizzati dalla ASL e, non ultimo, il fatto che la delibera fosse stata scritta da un MMG, non c'è stato un cambiamento significativo nelle abitudini prescrittive dei colleghi. Di contro, la nota 96, ha conseguito l'effetto voluto con una riduzione del 47% delle prescrizioni e del 46% della spesa per la VitD. La fascia di età 40-50 aa è quella che ha fatto registrare la maggior riduzione dei consumi e soprattutto tra le donne in premenopausa. Durante la recente pandemia alcuni autori hanno osservato una relazione inversa tra i livelli di VitD e la gravità della infezione COVID-19 che potrebbe anche spiegare la differenza di mortalità nei vari paesi. Il razionale di queste osservazioni risiede nel fatto che la VitD ha un effetto sul sistema immunitario con riduzione della produzione di citochine e che i P. con una infezione più grave sono gli stessi a rischio di carenza di VitD: anziani, P. istituzionalizzati etc. Tuttavia, non esistono dati certi che dimostrino l'utilità di una supplementazione di VitD nella

popolazione generale come prevenzione per il COVID-19. Sulla scia emotiva di queste considerazioni e considerato che il lockdown ha costretto in casa i cittadini per diversi mesi, nella nostra ASL, sono cresciute del 25% sia le prescrizioni della VitD che il suo dosaggio per non infrangere la nota 96. La carenza di VitD è un fattore di rischio per le malattie respiratorie facilmente modificabile è, pertanto, consigliabile prescrivere la vitamina nei soggetti carenti o fortemente a rischio di carenza (anziani, P. istituzionalizzati, malassorbimento, alcune terapie farmacologiche croniche ecc.).

Prevenzione: "iniziamo dal medico"

Claudio D'Orio

Corso di formazione specifica in Medicina Generale, Palermo

INTRODUZIONE: La prevenzione, definita dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) come l'insieme di attività, azioni e interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie, ha guadagnato negli ultimi anni un ruolo sempre più determinante nell'ambito della pratica clinica. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria volta a promuovere e conservare nel soggetto sano lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie; la prevenzione secondaria mira a ottenere la guarigione o comunque limitare la progressione di malattie mediante la diagnosi precoce in fase asintomatica (programmi di screening); infine, la prevenzione terziaria comprende tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia.

OBIETTIVI: La presente indagine si propone dunque di analizzare il comportamento, lo stile di vita e le eventuali patologie dei medici di medicina generale e al contempo le strategie di tipo preventivo che questi adottano con i loro pazienti.

METODI: Per compiere lo studio è stato sviluppato un questionario sulla piattaforma online "Moduli di Google" avente come campione di riferimento i medici di medicina generale (MMG) della Provincia di Palermo. Lo strumento utilizzato prevede quesiti basati su domande a risposte multipla e/o dicotomiche.

CONCLUSIONI: La raccolta e l'elaborazione dei dati derivanti dal questionario mira a fotografare la situazione attuale e attraverso un'attenta analisi a promuovere attività di prevenzione consequenziali.

Stato dell'arte e prospettive della Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA)

Roberto Romizi¹, Guido Giustetto², Fabrizio Bianchi³, Vitalia Murgia¹, Giuseppe Miserotti¹, Paolo Lauriola⁴

¹ISDE Italia, ²Ordine Medici Torino, ³CNR, ⁴RIMSA

L'interesse sulle cause e i contesti ambientali che possono determinare i quadri clinici che giungono all'osservazione del curante è sempre stato una caratteristica dell'operare medico (Ippocrate, IV ac). In tale quadro si inserisce la figura del Medico Sentinella o le Reti di Medici Sentinella (RMS) ¹. Le ragioni dell'importanza di un loro coinvolgimento sono:

1. le grandi potenzialità epidemiologiche dei dati in possesso dei medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di libera Scelta (PLS) mediante le Cartelle Cliniche Elettroniche - Electronic Medical Records;
2. l'importanza del loro ruolo informativo, educativo e anche etico (conoscere le cause della malattia e come prevenirla) nei confronti sia dei pazienti-cittadini che delle istituzioni;
3. la necessità di integrare RIMSA con le reti

cliniche e dipartimenti di prevenzione. L'idea di realizzare una RMS in Italia non è nuova. Dopo diverse iniziative, il termine (RIMSA) fu proposto ² nel 2014 a Udine. Nel 2017, grazie all'opportunità dal progetto CCM Strategico "Cambiamenti climatici e salute nella vision Planetary Health" coordinato da ISDE-Italia e FOMCeO ³ fu possibile concretizzare una proposta precisa e condivisa ⁴. Successivamente sono state realizzate diverse iniziative editoriali e formative e soprattutto occasioni di confronto a livello nazionale e internazionale, che hanno suscitato interesse sia a livello istituzionale che di organizzazioni professionali (OMS, HEAL, WONCA). In particolare in occasione della pandemia COVID-19 ^{5,6}. Una sintesi dettagliata di quanto è stato fatto rispetto agli obiettivi fissati verrà presentata con la relazione. Due revisioni bibliografiche da noi effettuate hanno evidenziato la difficoltà nel mondo di realizzare queste iniziative in modo sistematico ⁷.

Le ragioni potrebbero essere le seguenti:

1. indagare gli effetti sanitari connessi a condizioni di rischio ambientale e necessità di collaborare con organizzazioni e istituzioni diverse;
2. i MMG e PLS non sono specificamente preparati sul tema ambiente e salute né sono

formalmente chiamati a occuparsene.

Quali sono gli impegni nel breve e medio termine?

1. Formalizzare una Governance della RIMSA a livello nazionale e locale dopo aver definito:
 - a. il ruolo di un MSA in campo di sorveglianza epidemiologica e di advocacy: adozione di un approccio "bedside to bench to bedside";
 - b. quale strategia adottare per le diverse tematiche ambientali locali/globali;
 - c. strumenti per rafforzare la rete (Webinar, Moodle, whatsapp);
2. Il coinvolgimento di altre organizzazioni sia livello scientifico che istituzionale.
3. Avviare iniziative di formazione e informazione per MSA. L'emergenza COVID-19 ha che i MMG e PLS in una strategia integrata di Prevenzione, se adeguatamente sensibilizzati, formati e organizzati, possono rappresentare un "anello di congiunzione" tra evidenze scientifiche, problemi globali e azioni locali. Questo consentirebbe non solo di raccogliere informazioni in modo tempestivo e preciso, ma anche e soprattutto permetterebbe al Servizio Sanitario di trasmettere un immediato senso di protezione ai cittadini che nel 95% dei casi è in rapporto fiduciario con il proprio medico o pediatra di famiglia ⁸⁻¹⁰.

Bibliografia

1. Fracchia GN, Theofilatou M (eds) Health services research. Commission of the European Communities, Directorate-General for Science, Research and Development. IOS Press, Amsterdam, pp 253–262
2. Lauriola P., Medici Sentinella : Sorveglianza e Monitoraggio, Convegno Europeo: "Medici Sentinella per l'Ambiente a tutela della salute dei cittadini" 17.18 Ottobre 2014, Udine.
3. <http://www.isde.it/wp-content/uploads/2018/03/Documento-conclusivo-FINALE.pdf>
4. Lauriola P, Serafini A, Santamaria MG, Pegoraro S, Romizi F, Di Ciaula A, Terzano B, De Tommasi F, Cordiano V, Guicciardi S, Bernardi M, Leonardi G, Romizi R, Vinci E, Bianchi F. Sentinel practitioners for the environment and their role in connecting up global concerns due to climate change with local actions: thoughts and proposals, *Epidemiologia e Prevenzione*, 2019; 43 (2-3):129-130. doi: 10.19191/EP19.2-3.P129.05
5. Murgia V, Romizi F, Romizi R, de Waal P, Bianchi F, De Tommasi F, Calgaro M, Pegoraro S., Santamaria MG, Serafini A, Vinci E, Leonardi G, Lauriola, Family Doctors, Environment and COVID-19 in Italy: experiences, suggestions and proposals *BMJ* 2020;368:m627 (<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m627/r-37>)
6. Romizi R, Miserotti G, Bortolotti P, Lauriola P. The role of family doctors to face global emergencies. *Sistema Salute*, 2020 *Sistema Salute*, 64, 2, 116-125
7. Lauriola P, Pegoraro S, Serafini A, Murgia V, Di Ciaula A, De Tommasi F, Rossi A, Santamaria M, Toffol G, Bianchi F, Romizi R, Vinci V, Behbod B, Zeka A, Verheij R, Leonardi R, Agius R, (2018) The Role of General Practices for Monitoring and Protecting the Environment and Health. Results and Proposals of the Italian Project Aimed at Creating an "Italian Network of Sentinel Physicians for the Environment" (RIMSA) within an International Perspective, *J Family Med Community Health* 5(5): 1160,. DOI <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-5-1160.pdf>
8. P. Lauriola (RIMSA), R. Romizi (ISDE), F. Romizi (ISDE), G. Giustetto (FNOMCeO), E. Vinci (FNOMCeO), F. Bianchi (IFC-CNR) COVID-19 E cambiamenti climatici. *Quotidiano Sanità*, 19 Marzo.
9. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P et al The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology *European Journal of General Practice*, 2009; 15: 243–250
10. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, et al The Ecology of Medical Care Revisited *October 18, 2001 N Engl J Med* 2001; 345:1211-1212 DOI: 10.1056/NEJM200110183451614.

Area PSICHIATRIA

Effetti psicologici dell'emergenza COVID dei medici italiani: a cross-sectional survey

Carmine Cecola¹, Noemi Moscardino², Valeria Zurlo¹

¹ Corso di formazione Specifico in Medicina Generale, Molise, ² Dottoranda in Psicologia Clinica, specializzanda in psicoterapia

BACKGROUND: Nel fronteggiare la precedente emergenza sanitaria della SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), si è riscontrato che il distress psicologico del personale sanitario direttamente coinvolto nell'emergenza è comparso gradualmente nel tempo: ansia e timori che caratterizzavano le prime fasi, sono state affiancate da sintomi depressivi e di stress post-traumatico che sono residuati per lungo tempo. Allo stesso modo, evidenze scientifiche che testimoniano i risvolti psicologici sviluppati nell'affrontare l'emergenza COVID-19 si susseguono negli ultimi mesi.

SCOPO: Con l'evolversi dell'emergenza da SARS-Cov2, si è voluto indagare con uno studio cross-sectional longitudinale i cambiamenti di stato psicologico emotivo-reattivo dei medici, il loro distress psicologico e l'eventuale comparsi di burnout.

METODI: Lo studio ha previsto la creazione di una survey con questionario in autosomministrazione a medici, sia operanti nelle aree a maggior contagio sia in aree a minore densità di contagio, in tre tempi: t1 nel mese di marzo 2020 fase di picco emergenziale, t2 a distanza di un mese, t3 nel mese di maggio-giugno fase 2 di fine lockdown. Il questionario, divulgato online, consta di 3 sezioni: un pretest per valutare sia l'ambiente lavorativo e familiare del medico sia il suo status di malato/contagiato rispetto al COVID, la scala Symptom Checklist-90 (SCL-90) e il Maslach Burnout Inventory (MBI), per la quale sono stati acquistati i diritti d'autore. Nella fase di somministrazione t1 hanno aderito 109 pazienti fornendo il loro consenso alla prosecuzione dello studio. Di questi, 44 hanno partecipato anche alla somministrazione in t2, invece, 21 hanno completato lo studio in fase t3. Tra i criteri di inclusione si annoverano l'essere medico di medicina generale, di continuità assistenziale, dell'emergenza urgenza 118 ed essere medico corsista in formazione. Criterio di esclusione applicato è il lavorare come medico in un Paese esterno all'Italia.

RISULTATI: Da un'analisi preliminare della SCL-90 si evince che, dei 9 cluster psicopatologici indagati (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ira-Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoidea, e Psicoticismo), punteggi più elevati sono presenti per depressione, ansia e ossessività-compulsività. Allo stesso modo, l'analisi preliminare dell'MBI, correla in maniera significativa una maggiore esposizione al fattore di rischio di stress con lo sviluppo di sintomi di burnout quali il cinismo e la riduzione dell'efficienza professionale.

CONCLUSIONI: Primo studio esistente in letteratura in grado di tracciare lo stato emotivo-reattivo dei medici operanti sul territorio nel fronteggiare una pandemia con l'utilizzo di scale validate.

Il disturbo depressivo maggiore in chiave PNEI: analisi cross-sectional in Medicina Generale

Simona Di Mattia¹, Gloria Guidobaldi²

¹ Il Anno Corso Formazione Specifica in Medicina Generale, Molise, ² Psicologia Clinica e della Salute, Master II livello PNEI (Psiconeuroendocrinoimmunologia e Scienze della Cura Integrata)

BACKGROUND: Il disturbo depressivo maggiore (MMD) è riconosciuto dall'OMS essere il disturbo psichiatrico più comune¹, la cui origine è da ricondurre a fattori genetici, epigenetici ed esperienziali, i quali favoriscono aumento dello stress ossidativo e dell'apoptosi cellulare, degli stati infiammatori, diminuzione della plasticità neurale e delle glia². Le interconnessioni esistenti tra questi sistemi, rendono necessario un approccio di cura integrato, possibile in ottica PNEI. Il Paradigma della Psiconeuroendocrinoimmunologia infatti, permette di integrare i diversi aspetti biologici, psicologici e sociali della malattia e della persona, rendendo possibile un trattamento integrato che tenga conto di: condizione infiammatoria, comorbidità, stress, dieta, attività fisica, farmacoterapia, integratori, stile di vita, esperienze stressanti precoci, differenze di genere. Studi³ hanno infatti evidenziato come antidepressivi quali SSRI, abbiano un'efficacia clinica che non è distinguibile dal placebo, se non nelle forme più gravi di MMD. Questo dato mette in luce quanto sia non solo superata la teoria monoaminica della depressione, ma

anche quanto sia necessario un trattamento integrato.

SCOPO: Mediante uno studio cross-sectional intendiamo indagare in che modo il MMG (medico di medicina generale) approcci al paziente con MMD, al fine di esaminarne la gestione clinica e terapeutica. Lo scopo principale è valutare se in ambulatorio il MMG ricorra unicamente alla psicofarmacologia e/o inviando a specialista o partecipando alla cura in ottica integrata (PNEI).

MATERIALI E METODI: È stato divulgato online ai MMG un questionario con 13 domande a risposta multipla. Nella prima parte della survey abbiamo indagato la Regione di provenienza, il numero totale degli assistiti e il numero dei pazienti con diagnosi di MMD. La seconda parte è stata strutturata con domande mirate sul tipo di approccio che il MMG adotta nel paziente con MMD: se prescrive farmaci e/o integratori, se invia a specialista, il livello di conoscenza del paradigma PNEI e del MMD. Criterio di inclusione allo studio è essere un MMG con convenzione.

RISULTATI: Da un'analisi preliminare della survey, a cui hanno partecipato 60 MMG e i cui dati verranno aggiornati fino alla scadenza del progetto, emerge che il 56% dei MMG ha tra 10 e 20 pazienti con diagnosi di MMD (con una media di 1100 pazienti a medico); il 10% dei partecipanti ritiene scarse le proprie conoscenze sul MMD e ben l'80% ritiene nulle/scarse le proprie conoscenze sulla PNEI: la metà dei MMG invia direttamente a specialista e l'80% non ricorre a un trattamento integrato in chiave PNEI.

CONCLUSIONI: Dalla survey si evince quanto nella Medicina Generale si dia ancora pochissimo spazio a un approccio interdisciplinare, globale e personalizzato (ottica PNEI) al paziente con diagnosi di MMD nonostante le innumerevoli evidenze scientifiche.

Bibliografia

¹ Athira KV, Bandopadhyay S, Samudrala PK, et al. An overview of the heterogeneity of major depressive disorder: current knowledge and future prospective. *Curr Neuropharmacol* 2020;18:168-87. <https://doi.org/10.2174/1570159X17666191001142934>.

² Soczynska JK, Zhang L, Kennedy SH, et al. Are psychiatry disorders inflammatory-based conditions? *Psychiatric Times* 2012;29:1-3.

³ Kirsch I. I farmaci antidepressivi: il crollo di un mito. In: Bottaccioli F, a cura di. *Tecniche Nuove*, Milano 2012. Trad. it. di Emperor's new drugs- Exploding the antidepressant myth. New York Basic Books 2009.

Il paziente depresso: questo sconosciuto

M.S. Costanzo, G.L. Fabozzi, A. Lardaro,
G. Loria, L.G.P. Pulcino, E.A. Seguela

SIMG Caserta

RAZIONALE: Le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stimano che presto la depressione sarà la prima causa di disabilità nel mondo. La depressione devasta la vita sia a chi ne soffre, sia ai parenti e sia agli amici dei malati. Una persona depressa, vive una situazione di sofferenza continua. È smarrita, incapace di provare qualsiasi piacere, pervasa dal dolore e, a volte, dalla disperazione. La depressione rappresenta un disturbo molto frequente nella popolazione. Circa il 10-15% ne soffre di una forma tale da richiedere un intervento terapeutico e il medico di medicina generale (MMG) è solitamente il referente naturale per coloro che presentano questo problema. Gli operatori sanitari e il grande pubblico cominciano solo ora a prendere consapevolezza del fatto che la depressione è correlata a elevati costi per la società, sia diretti sia indiretti. Nonostante tutto ciò, la depressione resta scarsamente riconosciuta dai medici e quindi sotto-diagnosticata o non trattata correttamente. Affrontare i disturbi depressivi, anche lievi e/o moderati, può contribuire al miglioramento dei livelli di salute e della qualità della vita, oltre che a ridurre la spesa sanitaria.

OBIETTIVO: Determinare le dimensioni (l'incidenza) del problema depressione nel setting della Medicina Generale, valutando la coesistenza con eventuali patologie concomitanti, life style e attività lavorativa.

OBIETTIVO SPECIFICO: Identificare i soggetti affetti da depressione di tipo lieve e moderato e programmare per loro uno specifico iter diagnostico e terapeutico allo scopo di prevenire complicanze e di migliorare la qualità di vita. Analizzare lo stile di vita del paziente e proporre e/o suggerire i corretti cambiamenti.

METODO: Un gruppo di MMG ha reclutato per 3 mesi i primi 10 pazienti che ogni giorno giungevano alla loro osservazione ambulatoriale sottoponendogli il questionario PHQ-9 che permette lo screening, la diagnosi, il monitoraggio e la misurazione della gravità della depressione.

RISULTATI: Il gruppo di MMG che ha partecipato allo studio assiste 4200 pazienti e hanno chiesto a 1800 assistiti di compilare il questionario PHQ-9, raccogliendo 1746 adesioni.

Dall'analisi dei questionari è risultato che:

1. 174 pazienti pari al 10% del totale sono risultati affetti da depressione il cui livello di gravità a seconda dei punteggi ottenuti

al PHQ-9 (MacArthur & MacArthur, 2009) viene così suddiviso:

- 5-9 64 sintomi depressivi minimi/ depressione sottosoglia;
 - 10-14 67 depressione minore depressione maggiore lieve;
 - 15-19 25 depressione maggiore moderata;
 - ≥ 20 15 depressione maggiore severa;
2. prevalenza del sesso femminile con il 70%, la fascia di età maggiormente coinvolta con oltre l'80% è quella compresa tra i 30 e 50 anni e il 60% ha come occupazione la libera professione o fa l'imprenditore;
 3. elevata correlazione con patologie di tipo organico quali le malattie dell'apparato cardiovascolare con il 30% e l'obesità e il sovrappeso con il 40%;
 4. il fumo è la loro principale dipendenza con il 38%, seguita dall'abitudine al bere con il 27%;
 5. correlazione di tipo esponenziale con stili di vita caratterizzati da assenza di qualsiasi attività fisica, solo dall'8% di questi pazienti la pratica abitualmente

CONCLUSIONI: Lo studio conferma l'importanza del ruolo del medico di famiglia nel riconoscere, classificare e curare la depressione fin dai primi sintomi e si auspica un ruolo non di delega ma di presa in carico di tali pazienti, rispondendo ai suoi bisogni assistenziali e al suo supporto psicologico al fine di migliorare la qualità di vita di questi pazienti attraverso una messa in opera di ambulatori dedicati.

Stress immunità e cancro secondo la visione integrata PNEI ai tempi del COVID-19

Simona Cristofaro

Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Molise (triennio 2017-2020)

FIGURA 1.

PNEI: interconnections and signalling among psyche, neural, endocrine and immune systems.

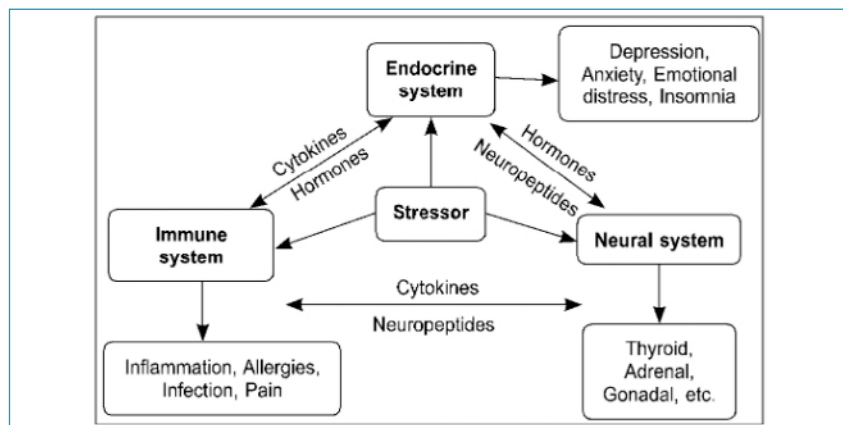
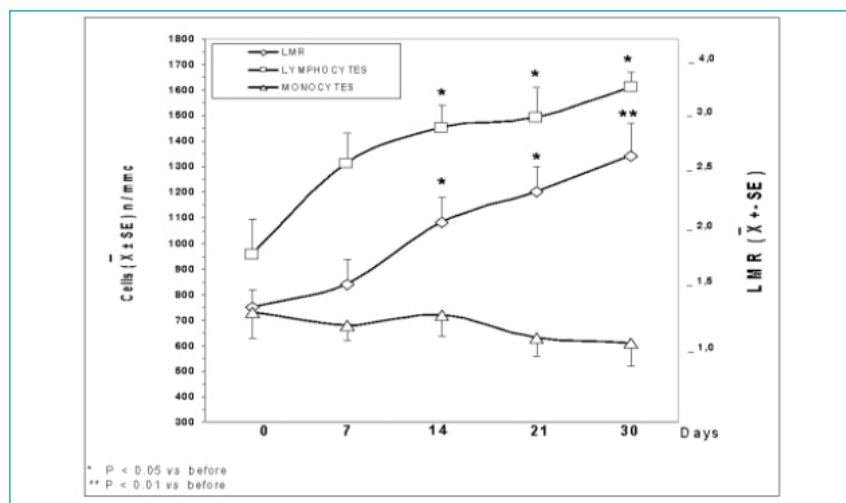


FIGURA 2.

Lymphocyte, monocyte and LMR mean values in cancer patients therapy on immunotherapy with IL-2 plus melatonin.



alle alterazioni neuro-cognitive e comportamentali presenti nei soggetti infetti. Alcune citochine pro-infiammatorie (> TGF beta, TNF alfa) impediscono l'attivazione dell'asse HPA e il conseguente feedback negativo sul sistema immunitario, che limiterebbe l'infiammazione. È stato documentato l'infezione da COVID 19 determina un deficit di autoregolazione che si esprime sia come attivazione che ipoattivazione dell'asse HPA, con conseguente iper/ipo corticosteronismo, ed è associato a disturbi mentali (> depressione). Interventi con anticorpi monoclonali anti IL 6 come il tocilizumab sarebbero pertanto associati

a effetti antidepressivi. Interventi short time therapy con SC very low dose IL-2, MLT sono in grado di far regredire la linfocitopenia associata al cancro metastatico con notevole miglioramento della prognosi quod vitam del paziente (immunoterapia del cancro) (Fig. 2).

CONCLUSIONI: La PNEI è una branca della medicina in rapida espansione, che permette un approccio integrato al paziente attraverso terapie che attuano la modulazione dei biomarkers neuroumorali a vari livelli di regolazione. Possiamo pertanto definirla la medicina che opera una sintesi mente-corpo, e che auspicabilmente

potrebbe trovare piena espressione nella visione unitaria propria del medico di medicina generale.

Bibliografia

- Lotti T, Hercogova J, Wollina U, et al. Psycho-neuro-endocrine-immunology and low dose cytokines therapy: principles and evidences for an innovative medical approach in acute and chronic inflammatory diseases. França K, Lotti TM. Psycho-Neuro-Endocrine-Immunology: a Psychobiological Concept. Subnis UB, Starkweather AR, McCain NL, et al. Psychosocial therapies for patients with cancer: a current review of interventions using psychoneuroimmunology-based outcome measures. Pittman QJ. A neuro-endocrine-immune symphony. Lissoni P, Messina G, Trampetti R, et al. A possible mechanism responsible for stress predisposition to cancer or to autoimmune disease. Lissoni P, Rovelli F, Messina G, et al. A review on the neuroendocrine regulation of cytokine secretion: possible modulation of the cytokine network by the pineal hormone melatonin and cannabidiol. Moraes LJ, Miranda MB, Loures LF, et al. Systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions. Lekha L. The mind and body are connected with each other through psychoneuroendocrine and reticuloendothelial system. Lissoni P, Messina G, Sassola A, et al. A personalized short-time immunotherapy with subcutaneous very low-dose IL-2 plus the pineal hormone melatonin in advanced cancer patients with persistent lymphocytopenia. Raoni I, Saggiore de Figueiredo C, Pandolfo P, et al. Psycho-neuroendocrine-immune interactions in COVID-19: potential impacts on mental health. Dantzer R, Heuser I, Lupien S. COVID-19: an urgent need for a psychoneuroendocrine perspective. Volzoh F. Immunity – a significant pathogenic factor as well as an integral part of the psychoneuroendocrine-immune regulations.

Area REUMATOLOGIA

Rischio cardiovascolare nell'artrite reumatoide: riconoscimento e valutazione nel setting di Medicina Generale

Laura Mercuri¹, Gabriella Salladini², Gabriella Gentile³, Luciano Lipa⁴, Raffaele Di Carlo⁵, Emidio Braca⁶, Franco Quaranta⁷

¹ CFSMG regione Abruzzo e MMG Asl Teramo; ^{2,3,5,6,7} MMG Asl Teramo; ⁴ MMG Asl Avezzano L'Aquila Sulmona

INTRODUZIONE: Esistono numerose eviden-

ze che soggetti con artrite reumatoide abbiano un maggior tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (CV). Questo aumentato rischio è strettamente correlato al processo infiammatorio cronico e alla disregolazione autoimmune. Il medico di medicina generale ha un ruolo centrale nel monitoraggio costante dei pazienti affetti da artrite reumatoide e nella valutazione precoce del loro rischio cardiovascolare.

Lo scopo dello studio è: - valutare la presenza di comorbidità nei pazienti artritici presi in esame, il loro assetto lipidico, le correlazioni tra eventi CV maggiori e la durata della malattia e tra le diverse terapie artritiche e gli eventi CV; - analizzare le differenze tra il rischio CV a 10 anni calcolato con il modello SCORE e quello calcola-

to applicando a questo il fattore moltiplicativo di 1,5 proposto dalle più recenti linee guida EULAR. **PAZIENTI E METODI:** Per lo studio sono stati arruolati 61 soggetti di cui 9 uomini e 52 donne, afferenti a nove studi di Medicina Generale, di età compresa tra 45 e 93 anni (età media 69,7), con diagnosi di artrite reumatoide secondo la classificazione dell'American College of Rheumatology. Per ogni paziente è stato calcolato il rischio CV secondo le carte SCORE per Paesi Europei a basso rischio.

Per i pazienti con almeno due dei tre criteri seguenti:

1. durata della malattia > 10 anni;
2. presenza di FR o anticorpi antiCCP;
3. presenza di manifestazioni extra-articolari

(osteoporosi, insufficienza renale, sindrome da intrappolamento, vasculiti, noduli reumatoidi, cheratoconguntivite, sclerite, pleuriti/interstiziopatie)

È stato applicato un fattore di moltiplicazione di 1,5 al rischio calcolato con le convenzionali carte SCORE. Sono stati analizzati i differenti risultati tra il rischio calcolato con lo SCORE e quello modificato per AR con il fattore moltiplicativo di 1,5. Sono stati, inoltre, analizzati: l'assetto lipidico (LDL > 6 mg/dl, colesterolo tot. > 200 mg/dl, trigliceridi > 200 mg/dl, pas > 140 mmHG, glicemia a digiuno > 100 mg/dl, BMI > 30, tabagismo); il numero di eventi CV maggiori (IMA, ictus) nei pazienti con AR da almeno 10 anni; l'incidenza di eventi CV maggiori nei pazienti trattati

con diverse terapie per AR (corticosteroidi, FANS, Coxib, DMARD convenzionali e biologici).

RISULTATI: La maggior parte dei pazienti presi in esame è risultata a rischio CV moderato secondo le carte SCORE del rischio CV a 10 anni (Score > = 1% = 5%10 anni della malattia ed eventi CV maggiori, in quanto quest'ultimi sono stati registrati in pazienti con AR recente, ma che presentavano più di un fattore di rischio CV. L'incidenza di eventi CV maggiori nel nostro campione è stata più alta in pazienti che fanno uso di Coxib e di corticosteroidi.

CONCLUSIONI: La presenza di una malattia cronica infiammatoria come l'artrite reumatoide ha un'influenza negativa sul rischio CV a 10 anni che, in alcuni casi può passare da moderato ad alto, con un aumento della mortalità. La

flogosi cronica influenza l'assetto lipidico con conseguente aterosclerosi accelerata e alterazioni parietali endoteliali. Nel campione preso in esame sembra non esserci correlazione tra la durata della malattia ed eventi CV maggiori, ma questo dato non corrisponde ai dati della letteratura ed è probabilmente influenzato dal ridotto numero di casi studiati e dalle numerose comorbidità presenti; è confermata, invece, la correlazione tra l'utilizzo di Coxib e/o corticosteroidi ed eventi CV. Sarebbe interessante l'utilizzo dello SCORE CV modificato per AR (con fattore moltiplicativo di 1,5) in Medicina Generale, per poter calcolare l'esatto rischio CV in pazienti selezionati e seguirli nel tempo, monitorando le comorbidità.

Area TELEMEDICINA

Continuous Wireless Monitoring in Internal Medicine Unit goes from Hospital to the Field to Improve Management of Complex Patients: Green Line H-T Study preliminary results

F. Pietrantonio, A. Ciamei, M. Delli Castelli, E. Alessi, M. Pascucci, E. Cipriano, A. Di Berardino, M. Rainone, F. Montagnese

UOC Medicina interna Ospedale dei Castelli, ASL Roma 6

BACKGROUND: In Internal Medicine unit (IMU) are increasing patients with serious illness, under acute exacerbation of previous diseases needing high intensity care and evaluation of clinical deterioration risk. Literature reported different results (3.5-15.1%) about major complications (MC) in patients discharged at home, and there are no Telemedicine randomized trials. The model inspiring this study is the Acute Complex Care Model, the hospital counterpart of the Chronic Care Model and is similarly aimed to ensure efficacious and effective care of complex and poly-pathological patients when they are hospitalized for acute diseases. The target population are acutely ill complex and poly-pathological patients (AICPPs), admitted to hospital and requiring high technological resources. The mission is to improve management of medical admissions through pre-defined intra-hos-

pital tracks and a global, multidisciplinary, patient-centered approach, with strong integration Hospital and Field.

MATERIALS AND METHODS: Prospective, randomized, controlled, open-label, multi-center study for the evaluation of critically ill patients admitted in IMU and sent to subacute managed care unit or to earlier home discharge to evaluate the effectiveness of wireless monitoring of clinical conditions vs traditional clinical monitoring on outcomes. Continuous wireless vital parameters and blood glucose monitoring are assured by WIN@Hospital and Dexcom G6 devices. Overall planned sample size is 300 patients.

PRELIMINARY RESULTS: Since September 2019 50 patients were enrolled (M 10/F 40), mean age 76.8 (50% > 80 years), Comorbidity: Cumulative Illness Rating Scale CIRS-CI: 4, CIRS SI: 1.8. About 30% scored BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) ≥ 20, Barthel mean value 63,2; Exton-Smith scale 15,7, Charlson Index 3,8, indicating need for step-down care. Fadoi Complimed score results are being processed. Overall major complications (MC) were 15% at 5 and 30 days of follow-up. The main complications highlighted by continuous home monitoring were cardiac arrhythmias, glycemic decompensation and drug interactions. A trend towards reduction of MC in experimental group appears to be seen.

CONCLUSIONS: Integrating hospital and field is a new challenge of Telemedicine allowing to improve patients' management, both during hospital stay and after discharge. During the

post-COVID phase, the use of Telemedicine appears increasingly suitable for remote monitoring of fragile patients and the hospital-territory integration model proposed by the Greenline H-T study appears to be very promising to increase the safety of discharge, to improve control of patients at home and to reduce the need for Emergency Room and inappropriate hospitalizations.

DIMPA: Diffusione di Informazioni Medico → Paziente

Silvia Riccomi¹, Marco Saletti², Francesca Riva³, Maria Stella Padula⁴, Marco Bonfatti⁵, Maria Francesca Di Feo⁶, Antonino Lavenia⁶

¹ MMG AUSL Modena ideatore del progetto; ² Tecnico informatico, partner Millennium; ³ Infermiera presso studio medico Riccomi; ⁴ Docente Medicina Generale UniMORE; ⁵ Corsista MMG, 1 anno; ⁶ Studente VI anno medicina

INTRODUZIONE: In un momento di aumento esponenziale di informazioni sanitarie, molte delle quali contraddittorie e NON interlocutorie con la Medicina Generale, emerge la necessità di raggiungere capillarmente la propria popolazione di assistiti da parte del MMG, allo scopo di meglio governare l'attività lavorativa.

MATERIALI E METODI: Estraeendo le anagrafiche di tutta la popolazione, si è scelto un referente per ogni famiglia e si è costruito un canale di comunicazione con dovute misure di protezione

dei dati personali (chat broadcast whatsapp o mailing-list Ccn) usando numeri di cellulare o e-mail. I MMG si sono avvalsi della collaborazione degli studenti del IV anno per raccogliere i recapiti mancanti, tramite interviste telefoniche che hanno valso agli studenti ore di tirocinio da remoto in tempo di lockdown. Il canale di comunicazione serve a Diffondere Informazioni da Medico a Paziente (DIMPA) e ha infiniti impieghi d'uso, con importanti ricadute sul governo clinico locale.

RISULTATI: Dopo una fase pilota nello studio Riccomi (che ha raggiunto il 90% della propria popolazione e riscosso un grado di soddisfazione di 9.36/10) il progetto è stato accolto durante il lockdown da 33 MMG nella provincia di Modena e diffuso anche in Veneto. I MMG che si avvalgono del DIMPA comunicano in tempo reale aggiornamenti in termini di sanità nazionale, aziendale e ambulatoriale, riducono drasticamente le telefonate ricevute e le visite da effettuare e promuovono l'empowerment di intere famiglie. Il DIMPA è stato pubblicato come progetto di comunicazione alla popolazione dal gruppo di lavoro Agenas (Call for Good Clinical Practice in tempo di coronavirus).

CONCLUSIONI: Il DIMPA apre un canale di comunicazione unidirezionale snello, gratuito, accessibile e di fatto già in uso anche da popolazione anziana. La governance della Medicina Generale rimane al passo con i tempi e in molti casi li precorre.

La didattica della didattica in digitale

Loris Pagano¹, Iaria Miano²

¹ SIMG Roma, ² Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: Il momento storico attuale ha causato inevitabilmente delle profonde modificazioni nei comportamenti e nella gestione delle attività quotidiane, dando conferma che è necessario equiparare e allineare tutti gli aspetti della nostra vita a una dinamicità e flessibilità di pensiero e di azione che ci permetta di continuare a gestire le nostre attività di studio, lavorative e pratiche tramite la tecnologia e i mezzi di comunicazione.

OBIETTIVO DELLO STUDIO: Nella didattica in particolare, la tecnologia delle comunicazioni esprime il suo massimo potenziale, permettendo al tutor di preparare e diffondere lezioni e presentazioni, di snellire progetti, protocolli e la gestione dei contatti, e al discente di accedere tramite molteplici piattaforme a una miscelanea di materiali, tutorial pratici da consultare e planning organizzativi. La possibilità inoltre di

interagire in modo illimitato non solo con i suddetti materiali ma anche con docenti e colleghi senza limitazione di luogo, spazio e tempo condividendo, comunicando e organizzando in tempo reale le attività, permette di monitorare costantemente i progressi o le criticità di un'attività o di una piattaforma, e di accedere e gestire grandi quantità di nozioni facilmente verificabili e sempre disponibili.

MATERIALI E METODI: Gli strumenti essenziali per la didattica digitale in realtà possono ritenersi strumenti di uso quotidiano anche in funzione di scopi lontani dalla didattica stessa: i principali Social, le app di messaggistica, Google Drive, Google Moduli, WeTransfer, Dropbox e tantissime altre piattaforme alle quali accediamo di norma nel quotidiano, a seconda della necessità del momento, diventano il pacchetto base della didattica da remoto. Tutte facilmente accessibili e sicure: Smart Working e Team Working per l'organizzazione e la supervisione delle attività, snelliscono l'analisi dei dati e le procedure di passaggio dei compiti, garantendo una collaborazione interpersonale più efficace. La metodologia del lavoro sui gruppi si basa in particolare su team di lavoro task-oriented. Lo scopo è focalizzare la didattica allo sviluppo delle competenze andando a creare un senso di identità su ogni componente del gruppo di lavoro al quale è affidato il suo proprio compito. L'applicazione pratica di questo studio è stata testata tramite l'esperienza presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università de L'Aquila nell'anno accademico 2018/19, dove si è costruito un percorso formativo dal Corso Monografico di Pedagogia Medica all'esame online. La didattica universitaria della Medicina del Territorio in digitale ha fatto da esempio pratico di applicazione della didattica digitale in una classe fisica di studenti universitari prima che ci fosse la necessità e l'obbligo di gestire l'emergenza pandemica, fornendoci risultati non devianti e molto più attendibili.

RISULTATI: Durante l'anno accademico il programma di studio è stato organizzato tramite lezioni interattive e seminari ADE concordati precedentemente da remoto tra studenti e docente e poi valutati tramite questionari di gradimento somministrati attraverso Form della piattaforma Google Moduli; trattandosi di un corso a presenza obbligatoria era necessario effettuare la verifica delle presenze, protocollo gestito ugualmente in digitale tramite smartphone, la presenza veniva certificata in tempo reale senza passaggi intermedi o dispendio di materiale fisico di certificazioni. Durante le lezioni frontali sono stati organizzati forum interattivi tramite dashboard per la gestione delle domande e degli interventi degli

studenti. La percentuale di gradimento degli studenti rilevata tramite i questionari si è attestata a oltre l'80% di voti a favore per la didattica tutoriale da remoto e per la soddisfazione nel modo in cui è stato realizzato il progetto.

CONCLUSIONI: Si è proposta la creazione di simulatori virtuali di casi clinici da remoto, attività che può accompagnare il rapporto Tutor-Discente in presenza, il primo tassello per apprendere in un secondo momento il rapporto Medico-Paziente. Questo progetto ha dimostrato e confermato ante litteram la realtà che ci troviamo obbligati a gestire dopo l'emergenza sanitaria dell'anno 2020, l'università italiana deve a pieno regime allinearsi all'utilizzo delle nuove tecnologie, per una gestione corretta ed etica delle procedure didattiche, per permettere l'accesso sicuro e indiscriminato a tutti gli utenti delle informazioni necessarie per mantenersi in contatto e al passo con il proprio percorso didattico; con la stessa convinzione in questo progetto abbiamo sottolineato anche il minore dispendio di materiali superflui di documentazioni cartacee o passaggi interpersonali burocratici/amministrativi, che rendono non solo più snelle le procedure e i protocolli didattici, ma in un momento storico difficile ci permette una gestione più etica, ecologica e rispettosa dell'ambiente, aspetto ormai non più prescindibile in alcun tipo di campo.

Progetto Telemedicina FIMMG PADOVA

Enrico Peterle, Mariateresa Gallea, Paolo Simonato, Luca Sostini, Domenico Crisarà

FIMMG Padova

Durante la pandemia da COVID-19 le limitazioni alla rete Ospedaliera sul territorio Nazionale hanno reso difficoltoso l'accesso da parte dei cittadini ad alcune prestazioni diagnostiche erogate da tali centri. Ciò ha provocato dei veri e propri ritardi diagnostici e ha costretto i medici delle cure primarie a operare in un contesto clinico caratterizzato da una elevata incertezza. Per far fronte a tale situazione e al fine di dotare i medici di medicina generale della strumentazione necessaria ad affrontare anche l'aumento del numero dei pazienti cronici che avverrà nei prossimi anni, FIMMG Padova ha avviato una sperimentazione con l'obiettivo di portare la tecnologia diagnostica negli ambulatori dei medici di medicina generale e nelle case dei pazienti fragili. Lo studio in questa prima fase si pone l'obiettivo di valutare l'impatto dell'in-

gresso della strumentazione diagnostica negli studi dei medici di medicina generale in termini quantitativi misurando il numero di prestazioni effettuate e la percentuale dei casi in cui il medico di medicina generale fa ricorso al consulto specialistico in telemedicina per la refertazione della prestazione effettuata. Gli strumenti che sono stati forniti nella prima dotazione sono stati: ECG 3 derivazioni, ECG 12 derivazioni, ECG holter 3 derivazioni, holter pressorio e un dermatoscopio. Nella seconda dotazione consegnata a fine luglio è stato fornito un ecografo portatile con sonda Convex. Questi dispositivi da un lato possono essere utilizzati dal medico in visita ambulatoriale/domiciliare e dall'altro possono trasmettere a specialisti i dati. Inoltre l'ECG a 3 derivazioni può inoltre essere affidato al paziente e permette la trasmissione a distanza del dato mediante una SIM dati integrata. Gli strumenti sono stati distribuiti a 11 medicine di gruppo (semplici e integrate), coinvolgendo 91 medici di famiglia, con un bacino di circa 132000 pazienti. Sono entrati in servizio a metà giugno 2020. I risultati preliminari della sperimentazione che continuerà fino a giugno 2021 tengono conto dei dati raccolti da 6 medicine di gruppo (60 medici, 54000 assistiti 22 comuni coperti) durante la seconda metà del mese di giugno e nella prima metà del mese di luglio. In totale sono 160 le prestazioni effettuate: 101 ECG 3 derivazioni, 33 ECG 12 derivazioni, 5 holter ECG, 16 holter pressori e 6 dermatoscopie digitali. È stata richiesta una valutazione specialistica in 6 su 33 ECG a 12 derivazioni, 4 su 5 holter ECG, 2 su 6 immagini dermatologiche. Non sono state richieste valutazioni specialistiche per gli ECG a 3 derivazioni e per l'holter pressorio. In conclusione i dispositivi diagnostici sono stati accolti positivamente dai medici di medicina generale, alcuni dispositivi come l'ECG a 3 e 12 derivazioni e l'holter pressorio hanno mostrato una particolare predisposizione a entrare a tutti gli effetti nella borsa dei medici di medicina generale. Un aumento della formazione sull'utilizzo di questi dispositivi tra i medici di medicina generale potrebbe impattare positivamente nell'implementare l'utilizzo di questi dispositivi e nel ridurre ulteriormente il basso ricorso al consulto specialistico. Ulteriori studi sono necessari per valutare l'appropriatezza ed eventuali criticità incontrate dai medici di medicina generale nell'utilizzo quotidiano di questi dispositivi diagnostici.

Terapie digitali: nuovi trattamenti in Medicina Generale

Alberto Malva

Corso Formazione Specifica Medicina Generale Puglia – Barletta

INTRODUZIONE: Le terapie digitali (Digital Therapeutics o DTx) definiscono dispositivi medici software, sviluppati secondo i principi dell'evidence-based-medicine, capaci di fornire interventi clinici quali la prevenzione, la gestione o il trattamento di una condizione patologica. Il loro utilizzo è subordinato all'approvazione da parte delle agenzie regolatorie (FDA o EMA) e possono essere somministrati al paziente solo a seguito di prescrizione medica. Si distinguono da prodotti software finalizzati all'incentivo all'aderenza, diagnostici o che rientrano nel campo della telemedicina.

MATERIALI E METODI: Rassegna delle DTx dalla letteratura pubblicata sul database PubMed e riviste online di settore sino a giugno 2020. Sono state escluse le applicazioni digitali di diagnostica, di telemedicina e in generale le tecnologie sviluppate senza metodo sperimentale e finalizzate a un generale mantenimento dello stato di benessere (tradizionali App per la salute).

RISULTATI: Le indicazioni terapeutiche delle Terapie Digitali a oggi approvate o in fase di sviluppo avanzato sono riassunte nella Tabella I. Nel settembre 2017 FDA approva – Pear Therapeutics' reset – la prima terapia digitale per il trattamento delle dipendenze in alternativa alla terapia cognitivo comportamentale faccia-a-faccia tradizionale. Nel 2020 l'azienda francese Sivan ottiene l'approvazione di Moovecare,

app che unisce l'automonitoraggio dei pazienti oncologici agli clinici per interventi sanitari personalizzati dimostrando di migliorarne la sopravvivenza. Nel giugno 2020 FDA approva la prima terapia digitale basata su videogioco per migliorare l'attenzione nei bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Adhd). Sempre quest'anno vengono approvate altre due terapie digitali per la disassuefazione da fumo e l'insonnia cronica. Sono invece in fase di sviluppo clinico avanzato terapie digitali per ipertensione arteriosa, disturbi dello spettro autistico e schizofrenia. Dal punto di vista dell'accesso al mercato europeo Endeavor, ha ottenuto il Marchio CE e potrebbe essere ora commercializzato in Europa mentre Moovecare per il trattamento dei sintomi associati a neoplasia è diventato il primo Digital Therapeutic rimborsato in Francia. In Italia ISS e AIFA hanno avviato la propria attività sulle DTx.

CONCLUSIONI: Le DTx usate indipendentemente o in concerto con farmaci forniscono interventi terapeutici clinicamente validati e soprattutto sempre disponibili e personalizzabili. Il principale ostacolo alla diffusione di queste tecnologie in Italia è la scarsa conoscenza della validità clinica, seguita dalla difficoltà a comprendere le opportunità offerte e dall'assenza di rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale. In considerazione del fatto che la quasi totalità di queste tecnologie trovi indicazione in pazienti con patologie croniche di grado lieve-moderato e della prossima introduzione nella pratica medica la Medicina Generale deve prepararsi seguendo ad esempio il modello di RCGP il quale ha implementato il progetto formativo per i medici di medicina generale chiamato PreDiGiT.

TABELLA I.

Riassunto delle principali caratteristiche anamnestiche del campione.

Caratteristica di Base	AVK	NAO
Numero di Pazienti	357	172
Età Media	75,5 anni	77 anni
Sesso	148 donne (41,45%) 209 uomini (58,55%)	87 donne (50,5%) 85 uomini (49,5%)
Ipertensione Arteriosa	307 (86%)	147 (85%)
Insufficienza Cardiaca	145 (40,6%)	59 (34%)
Diabete Mellito	82 (23%)	41 (29%)
Insufficienza Renale Cronica	64 (18%)	49 (28%)
Pregresso Ictus	28 (7,8%)	24 (14%)
Portatore di Pacemaker	29 (8,1%)	21 (12%)
Insufficienza Valvolare	25 (7%)	17 (10%)
Infarto Acuto Miocardico	32 (8,9%)	16 (9%)
Embolia Polmonare (anamnestica, non causa della prescrizione del farmaco)	47 (13,16%)	10 (6%)

ALTRO

Chirurgia proctologica: una proposta di collaborazione fra ospedale e Medicina Generale mediante web app

Rosanna Cantarini¹, Daniele Passannanti², Fabio Gaj²

¹ Azienda Sanitaria Locale RM2, ² Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico "Umberto I", Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica "Paride Stefanini", UOC Chirurgia della parete addominale, Roma

A partire dal dialogo nato fra MMG e proctologi ospedalieri durante corsi di formazione per il territorio, ci si è resi conto dell'importanza in ambito proctologico non solo dell'atto chirurgico in sé, ma anche delle fasi che lo precedono e lo seguono. È nata quindi l'esigenza di costruire un percorso per il paziente che analizzi nel dettaglio tre fasi: quella cosiddetta "ambulatoriale", in cui il paziente si rivolge al MMG, che lo visita, diagnostica o sospetta la patologia e lo indirizza dal chirurgo, il quale dovrà eventualmente porre indicazione all'intervento; la seconda fase cosiddetta "ospedaliera", che comprende i passaggi di pre-ospedalizzazione, ricovero, preparazione e intervento, con il coinvolgimento del personale di sala; e la terza fase "domiciliare", importantissima e delicata, in cui il MMG viene informato del decorso, il paziente è invitato a seguire scrupolosamente le indicazioni per la prevenzione e gestione dei sintomi/complicanze e a comunicare al chirurgo e al MMG a tempi stabiliti alcuni dati clinici (Fig. 1). Per concretizzare questo si è realizzata una web-app (www.proctologia.net, Fig. 2), gratuita e accessibile dopo registrazione, la quale comprende sezioni dedicate ai MMG, ai chirurghi e specializzandi, agli infermieri e ai pazienti.

Questa può essere utilizzata, ad esempio:

- per mostrare immagini della patologia e spiegare l'intervento al paziente,
- per la formazione degli specializzandi, attraverso video e schede di approfondimento,
- per inviare la lettera di dimissione al MMG,
- per calcolare gli score sintomatologici pre e post intervento,
- per fornire al personale infermieristico le indicazioni per la preparazione della sala e del paziente,
- per mostrare al paziente una checklist dei comportamenti da mettere in atto (idratazione, assunzione di lassativi) e ricordargli di registrare l'intensità dei sintomi più comuni

FIGURA 1.



FIGURA 2.



(dolore, sanguinamento ecc.), attraverso un modulo che il paziente è invitato a trasmettere al medico (Fig. 3) Crediamo che una scrupolosa pianificazione di questi passaggi riesca a ridurre le possibili complicanze. Inoltre riteniamo la condivisione del percorso fra i diversi attori in gioco, anche attraverso uno strumento come la web-app, di fondamentale importanza per la realizzazione di una presa in carico moderna ed efficace.

CoBI studio sugli accessi impropri in Pronto Soccorso

Valentina Gelmini¹, Giorgio Ricci²

¹ Medico di Medicina Generale, Verona, ² Pronto Soccorso Borgo Trento, Verona

INTRODUZIONE: Gli accessi impropri in Pronto Soccorso rappresentano un fenomeno in continua crescita che, se non adeguatamente controllato, può divenire un problema per la corretta gestione del flusso di pazienti in Pronto Soccorso. Il primo proposito di questo lavoro è valutare la prevalenza dei Codici Bianchi Impropri. In secondo luogo lo studio si propone di osservare le possibili cause di accesso improprio in PS analizzando la distribuzione casistica di 39 variabili identificate come fattori predisponenti l'accesso non appropriato in pronto soccorso. Infine è stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa che ha identificato sei principali fenotipi di Codice Bianco Improprio e sei Factors che rappresentano globalmente circa la metà della varianza osservata.

MATERIALI E METODI: Sono stati definiti "Accessi Impropri" gli accessi in PS che esitavano con un codice triage di dimissione di Colore Bianco. Dal 21 aprile 2018 al 31 dicembre 2019, mediante un questionario cartaceo, sono stati intervistati in modo casuale 650 pazienti afferiti all'area bianco-verde del PS generale di Borgo Trento-Verona. Sono stati valutati arruolabili i pazienti con "Accessi Impropri". Tra gli intervistati 481 pazienti sono

FIGURA 3.

NOME: DATA DELL'INTERVENTO (GIORNO ZERO):		COGNOME:		TIPO DI INTERVENTO:		
GIORNI TRASCORSI DALL'INTERVENTO	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3
ACQUA BERE 3 LITRI DI ACQUA AL GIORNO.	<input type="checkbox"/> 1 LITRO <input type="checkbox"/> 2 LITRI <input type="checkbox"/> 3 LITRI	<input type="checkbox"/> 1 LITRO <input type="checkbox"/> 2 LITRI <input type="checkbox"/> 3 LITRI	<input type="checkbox"/> 1 LITRO <input type="checkbox"/> 2 LITRI <input type="checkbox"/> 3 LITRI			
MANGIARE COME D'ABITUDINE ALIMENTAZIONE INTEGRARE 1 VOLTA AL GIORNO CON UNO DI QUESTI ALIMENTI	PRUGNE SECCHE <input type="checkbox"/> MAIS <input type="checkbox"/> MINISTRONE <input type="checkbox"/> VERDURE COTTE <input type="checkbox"/>	PRUGNE SECCHE <input type="checkbox"/> MAIS <input type="checkbox"/> MINISTRONE <input type="checkbox"/> VERDURE COTTE <input type="checkbox"/>	PRUGNE SECCHE <input type="checkbox"/> MAIS <input type="checkbox"/> MINISTRONE <input type="checkbox"/> VERDURE COTTE <input type="checkbox"/>			
EVACUAZIONE È NECESSARIO EVACUARE TUTTI I GIORNI FECI MORBIDE	HAI EVACUATO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSISTENZA DELLE FECI <input type="checkbox"/> DURE <input type="checkbox"/> MORBIDE <input type="checkbox"/> DIARREA	HAI EVACUATO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSISTENZA DELLE FECI <input type="checkbox"/> DURE <input type="checkbox"/> MORBIDE <input type="checkbox"/> DIARREA *NOTA1	HAI EVACUATO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSISTENZA DELLE FECI <input type="checkbox"/> DURE <input type="checkbox"/> MORBIDE <input type="checkbox"/> DIARREA *NOTA1			
IGIENE EFFETTUARE LAVAGGI LA MATTINA E LA SERA E DOPO OGNI EVACUAZIONE CON ACQUA E SAPONE NEUTRO	MATTINA <input type="checkbox"/> SERA <input type="checkbox"/> POST-EVACUAZIONE <input type="checkbox"/>	MATTINA <input type="checkbox"/> SERA <input type="checkbox"/> POST-EVACUAZIONE <input type="checkbox"/>	MATTINA <input type="checkbox"/> SERA <input type="checkbox"/> POST-EVACUAZIONE <input type="checkbox"/>			
TERAPIA DOMICILIARE • Pr/ LASSATIVO: 1 bustina "doppia" la sera secondo necessità • Pr/ ANTIDOLORIFICO blando: 1 compressa al bisogno (max 3/die) • Pr/FERMENTI LATTICI: 1 al dì • ANTIDOLORIFICO "forte": 10 GTT al bisogno (se dolore intenso, solo su indicazione del medico) • CREMA/SPRAY da applicare localmente	LASSATIVO <input type="checkbox"/> ANTIDOLORIFICO blando <input type="checkbox"/> FERMENTI LATTICI <input type="checkbox"/> ANTIDOLORIFICO "forte" n° _ GOCCE <input type="checkbox"/> CREMA/SPRAY <input type="checkbox"/>	LASSATIVO <input type="checkbox"/> ANTIDOLORIFICO blando <input type="checkbox"/> FERMENTI LATTICI <input type="checkbox"/> ANTIDOLORIFICO "forte" n° _ GOCCE <input type="checkbox"/> CREMA/SPRAY <input type="checkbox"/>	LASSATIVO <input type="checkbox"/> ANTIDOLORIFICO blando <input type="checkbox"/> FERMENTI LATTICI <input type="checkbox"/> ANTIDOLORIFICO "forte" n° _ GOCCE <input type="checkbox"/> CREMA/SPRAY <input type="checkbox"/>			
FEBBRE SE LA FEBBRE SUPERA I 38 GRADI, CHIAMARE IL MEDICO	INFERIORE A 37°C TRA 37°C E 37,9°C DAI 38°C IN SU <input type="checkbox"/> **NOTA2	INFERIORE A 37°C TRA 37°C E 37,9°C DAI 38°C IN SU <input type="checkbox"/> **NOTA2	INFERIORE A 37°C TRA 37°C E 37,9°C DAI 38°C IN SU <input type="checkbox"/> **NOTA2			
SCALA DEL DOLORE SCALA DEL BRUCIORE INDICHI DA 0 A 10 QUANTO INTENSO HA SENTITO DOLORE E BRUCIORE GIORNALMENTE	Dolore <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bruciore <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dolore <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bruciore <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dolore <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bruciore <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
SANGUE INDICHI SE HA AVUTO SANGUINAMENTI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, POCO <input type="checkbox"/> SI, TANTO ***NOTA3	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, POCO <input type="checkbox"/> SI, TANTO ***NOTA3	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, POCO <input type="checkbox"/> SI, TANTO ***NOTA3			

*NOTA1: SE LE FECI NON SONO MORBIDE O NON HA EVACUATO CONTATTI IL DR. FABIO GAJ - TEL. XXXXXXXXX
**NOTA2: SE LA TEMPERATURA SUPERA I 38°C CONTATTI IL DR. FABIO GAJ - TEL. XXXXXXXXX
***NOTA3: SE SI MANIFESTANO ABBONDANTI SANGUINAMENTI CONTATTI IL DR. FABIO GAJ - TEL. XXXXXXXXX

Diagnosi precoce di BPCO e di riacutizzazioni di BPCO: disegno di uno studio osservazionale e di "ricercazione"

Pierricardo Rossi, Simonetta Miozzo, Marzio Uberti

SIMG Torino

INTRODUZIONE: La recente pandemia ha evidenziato una maggior incidenza di ricoveri e mortalità per COVID nei pazienti con patologia cronica, tanto più in presenza di comorbidità. Una recente metanalisi dimostra una maggior gravità e mortalità di COVID in pazienti BPCO¹. Pare di conseguenza importante, in previsione anche di possibili ricorrenze di pandemia, ideare e mettere in pratica nuove strategie di gestione della cronicità. Tali strategie devono sicuramente avvalersi, laddove possibile, di strumenti per valutazione clinica a distanza prevedendo l'utilizzo di nuovi e vecchi presidi, anche tecnologici, per accrescere la possibilità di controllo dell'evoluzione clinica e di empowerment dei pazienti affetti da patologia/e croniche. La gestione di patologie croniche, quali il diabete e l'ipertensione, ha semplici strumenti di monitoraggio che già abitualmente rientrano nella consuetudine d'uso di medici e pazienti e l'utilizzo di strumentazione per automonitoraggio da parte dei pazienti sembra accrescere empowerment ed efficacia gestionale nelle patologie croniche^{2,3}.

Per quanto riguarda le patologie respiratorie la promozione di un uso più esteso della spirometria potrebbe avere un'utilità, tuttavia in periodo di pandemia di un'infezione la cui trasmissione avviene principalmente tramite droplets, la sua diffusione sembrerebbe più difficoltosa e pericolosa per cui potrebbe essere utile indagare l'utilità di altre tipologie di dispositivi. Gli obiettivi di questa ricercazione sono la valutazione della fattibilità, dell'utilità e del gradimento dell'automisurazione periodica della saturimetria con l'obiettivo di una diagnosi precoce di BPCO nei primi e una precoce diagnosi di riacutizzazione nei secondi.

MATERIALI E METODI: La popolazione oggetto dello studio è formata dai pazienti fumatori e con diagnosi di BPCO ultracrinquantenni, che verranno arruolati secondo criterio opportunistico. Un primo studio pilota per valutare fattibilità nel setting della Medicina Generale e gradimento arruolerà 50 pazienti. Ai pazienti arruolati sarà consegnato un saturimetro per 15 giorni e saranno addestrati all'uso dello strumento e all'automisurazione di frequenza respiratoria, frequenza cardiaca. I dati rilevati due volte nella giornata verranno riportati dal paziente su apposita scheda cartacea. Su tale scheda il paziente riporterà giornalmente la presenza di sintomatologia respiratoria. Al termine dei 15 giorni il paziente riporterà il saturimetro, la scheda

stati accettati con codice triage bianco oppure verde e dimessi con codice triage bianco (arruolabili) tuttavia tra questi solo 300 hanno prestato il consenso per l'adesione alla ricerca. Sono stati quindi costruiti gli "identikit" (Factors) dei pazienti che più frequentemente accedono in maniera impropria in PS.

RISULTATI: Dall'analisi dei dati e dall'osservazione dei Factors si evince che chi accede in PS nella maggior parte dei casi non consulta l'MMG o non valuta l'opzione di accedere in Guardia Medica (55% ritiene MMG non adatto a urgenze e 55% non lo contatta prima di accedere in PS), si tratta di pazienti con livello socio-economico elevato (56% lavoratore o studente di cui 80% impegnato a tempo pieno, 60% ha istruzione superiore o universitaria), disposti a pagare per la prestazione sanitaria (67% non esente da ticket); accedono volontariamente in PS (solo

23% ha un consiglio di un medico prima di accedere in PS) con il desiderio di ricevere senza liste d'attesa valutazioni specialistiche e/o esami strumentali (49% lo dichiara nel questionario).

CONCLUSIONI: Visti i numeri e le caratteristiche demografiche di chi accede impropriamente in PS appare chiaro che il solo potenziamento della medicina del territorio non rappresenta una soluzione al fenomeno degli accessi impropri; sarebbe utile creare un solido "ponte" Ospedale/PS - Territorio con la contemporanea diffusione della conoscenza e l'eventuale potenziamento dei già presenti percorsi alternativi al PS, in caso di necessità sanitarie non urgenti in modo da favorire il ricorso a questi servizi evitando così l'accesso diretto in PS nelle situazioni cliniche che non abbiano carattere di urgenza/emergenza e soddisfacendo al contempo il desiderio degli utenti.

raccolta dati e compilerà il questionario di gradimento. La stessa sequenza verrà riproposta a 2 e a 4 mesi. I dati rilevati serviranno per “fenotipizzare” i singoli pazienti rilevando gli abituali valori di saturazione pressione e frequenza. La variazione di questi parametri sarà utilizzata per anticipare la diagnosi di riacutizzazione nei pazienti con BPCO e/o cogliere in anticipo negli stessi e nei pazienti fumatori i segni del declino della funzionalità respiratoria.

RISULTATI: I risultati attesi sono innanzitutto la valutazione di fattibilità e il gradimento secondo i medici e i pazienti dell'utilizzo di un monitoraggio della saturazione, della frequenza cardiaca e respiratoria nei pazienti fumatori e nei pazienti affetti da BPCO. Il principale risultato atteso sarà la conferma della possibilità di diagnosi più precoce delle riacutizzazioni nei pazienti affetti da BPCO come dimostrato dallo studio di Syed Ahmar Shah et al.³ e di una diagnosi precoce di BPCO nei pazienti fumatori.

CONCLUSIONI: Il Progetto ha la finalità di aumentare l'empowerment del paziente nella gestione della BPCO e sensibilizzare i fumatori sulla progressione del danno funzionale polmonare, mediante l'utilizzo di semplici strumenti di monitoraggio. I dati ottenuti al tempo stesso potrebbero fornire validi parametri al medico per consentire un rapido adeguamento terapeutico e un intervento precoce su riacutizzazioni della BPCO.

Bibliografia

¹ Zhao Q, Meng M, Kumar R, et al. The Impact of COPD and Smoking History on the Severity of COVID-19: a Systemic Review and Meta-Analysis.

² Walkden JA, McCullagh PJ, Kernohan WG. Patient and carer survey of remote vital sign telemonitoring for self-management of long-term conditions. *BMJ Health Care Inform* 2019;26(1):e100079.

³ Shah SA, Carmelo Velardo C, Farmer A, et al. Exacerbations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Identification and Prediction Using a Digital Health System.

Infermiere di studio medico: un costo o una risorsa?

Arta Cakoni Calcagno, Pier Claudio Brasesco
MedicoopGenova

Da più di vent'anni è prevista dall'ACN l'indennità di collaboratore infermieristico; secondo la nostra esperienza però l'attività degli infermieri negli studi dei medici di famiglia è variamente interpretata talvolta anche in modo scorretto; questo intervento vuole dimostrare la potenzialità di una vera sinergia tra infermiere e medico di famiglia attraverso la descrizione di una esperienza di una medicina di gruppo. La valorizzazione e quindi un utilizzo più estensivo degli infermieri nel territorio sta nel prossimo futuro ed è ineluttabile. Oggi operano in Italia circa 46.000 medici di medicina generale (MMG da ora in avanti) e 7700 pediatri di libera scelta (PLS da

ora in avanti). Nei prossimi 10 anni andranno in pensione 33.000 MMG e ne entreranno circa 11.000 in servizio, con un saldo negativo di 22.000. Più infermieri nelle cure primarie possono essere parte di una soluzione a questa carenza. Con il vantaggio di avere minori costi e maggior appropriatezza nel ruolo di case manager delle cronicità; e anche come punto di ascolto delle problematiche di salute oggi nelle vallate dove non arriva il MMG e domani anche in città. OGGI il servizio infermieristico a Genova coinvolge almeno 30 medicine di gruppo per un totale di circa 130 MMG che si rivolgono a circa 150000 assistibili. MEDICOOPGENOVA gestisce circa la metà di questi infermieri, ha avviato un progetto di gestione integrata dello scompenso cardiaco con la partecipazione congiunta di cardiologi, MMG, infermieri ospedalieri e infermieri di studi medici. MEDICOOPGENOVA ha inoltre condotto una ricerca sulle attività svolte dagli infermieri negli studi dei medici di famiglia dalla quale sono emerse informazioni interessanti riassunte in un documento “Attività Infermieristica nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale”. Le attività dell'ambulatorio infermieristico possono suddividersi come segue: Ambulatorio generalista di prima accoglienza. Gestione Cronicità: pazienti diabetici. Gestione Cronicità: pazienti con BPCO. Gestione Cronicità: pazienti con scompenso cardiaco. Gestione Prevenzione: vaccinazioni. È emersa tra l'altro la necessità di formazione e di omogeneizzazione del servizio infermieristico. MEDICOOPGENOVA intende cercare di chiarire una volta per tutte il ruolo degli infermieri sul territorio, dall'infermiere di comunità all'infermiere di distretto e delle cure domiciliari, all'infermiere responsabile di residenze assistenziali, all'infermiere di studio di mg puntando se possibile a una integrazione operativa delle varie figure MEDICOOPGENOVA intende dunque affermare l'esistenza, la funzione e il ruolo dell'infermiere di studio del medico di famiglia; previsto da oltre vent'anni dall'ACN e sviluppato in molteplici esperienze su tutto il territorio nazionale.

L'ecografo nell'ambulatorio del MMG: il nuovo fonendoscopio

Federica Tancredi¹, Federica Ponzi², Luigi Fusco¹, Bernardino Bruno¹

¹ SIMG AQ, MMG ASL201, L'Aquila; ² SIMG AQ, CFSMG L'Aquila

INTRODUZIONE: La Medicina Generale nel 2020 non può prescindere dall'utilizzo degli ultrasuoni sul territorio, coadiuvante essenziale alla semeiotica classica, affiancando il medico di medicina generale così come nel corso degli anni si è reso indispensabile l'utilizzo dell'ECG sul territorio.

MATERIALI E METODI: L'ecografia di base ha

rappresentato in ogni caso il passo successivo ad anamnesi ed esame clinico.

CASO CLINICO 1: Donna di 53 anni giunta in ambulatorio per la prescrizione di farmaci in terapia cronica e per somministrazione ciclica di etanercept per malattia immunoreumatologica. In anamnesi gozzomultinodulare, ultima ecografia non databile. Viene condotto esame clinico e successivamente esame ecografico tiroideo del collo, il quale mostrava la presenza di nodularità multiple, in particolare la presenza di un nodulo ipocogeno delle dimensioni di circa 2 cm sul lobo tiroideo dx e molteplici linfonodi ingranditi. Di questi uno in particolare si presentava di dimensioni aumentate, ipocogeno, con ilo non visualizzabile e vascolarizzazione anomala. Veniva condotto agoaspirato sul nodulo tiroideo con citologico negativo per malignità; successivamente la paziente veniva ricoverata presso il reparto di Chirurgia generale per tiroidectomia totale e svuotamento linfonodale. L'esame istologico del linfonodo evidenziato ecograficamente mostrava metastasi linfonodali da neoplasia neuroendocrina di origine sconosciuta, probabilmente polmonare.

CASO CLINICO 2: Donna di 45 anni giunge nell'ambulatorio medico per individuazione all'autopalpazione di un nodulo sulla mammella destra. Veniva eseguito nell'immediato controllo ecografico che mostrava la presenza di un nodulo centimetrico privo di calcificazioni, ma di forma irregolare, margini spiculati e vascolarizzazione intralesionale. Condotta con urgenza presso la Senologia, veniva in breve tempo operata di quadrantectomia con valutazione del linfonodo sentinella e svuotamento ascellare. Veniva posta diagnosi di adenocarcinoma della mammella.

CASO CLINICO 3: Uomo di 53 anni, giungeva in ambulatorio per dolore addominale nel quadrante superiore destro, all'esame obiettivo presenza di dolore spontaneo e dolorabilità alla palpazione, segno di Murphy positivo. All'esame ecografico presenza di vie biliari dilatate e tipico aspetto ecografico di colecistite; condotto in pronto soccorso eseguiva in urgenza intervento di colecistectomia per colecistite acuta con rischio di rottura.

RISULTATI: L'indagine ecografica condotta non a letto del paziente, ma “in office” durante la visita presso l'ambulatorio del MMG, ha rappresentato un valido strumento che ha permesso un accesso più selezionato ai servizi ospedalieri, riducendo anche l'attesa per le cure specialistiche.

CONCLUSIONI: La valutazione ecografica di primo livello nell'assistenza primaria rappresenta un valido strumento che permette alla medicina del territorio di cambiare volto, spostando verso l'alto l'asticella dell'Assistenza Primaria, con esami ecografici di primo livello finalizzati a discriminare con maggiore specificità i casi che necessitano di una valutazione specialistica urgente da quelli che invece presentano priorità programmabile, come appropriatezza prescrittiva vuole.

La vaccinazione influenzale nell'anno della pandemia da COVID-19

Aspetti generali e implicazioni assistenziali

Alessandro Rossi

Giunta esecutiva SIMG, Terni

L'influenza è una malattia respiratoria acuta, altamente contagiosa, causata da virus influenzali. L'impatto globale che questa malattia ha sulla popolazione a ogni epidemia stagionale è ben noto. In Italia l'influenza rappresenta la terza causa di morte per malattie infettive ed è la prima malattia infettiva per anni di vita persi¹. Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che, in media, circa 40.000 persone muoiono ogni anno in Europa per cause correlate all'influenza e il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni, specialmente quelli affetti da due o più malattie croniche².

2020: l'anno della doppia epidemia

La prossima stagione influenzale 2020/21 sarà diversa dalle altre. L'epidemia di influenza stagionale si sovrapporrà a quella pandemica da COVID-19.

Per quanto riguarda la probabilità di sovrapposizione dell'infezione, in alcuni Paesi in cui la prima ondata della pandemia ha coinciso con l'influenza stagionale, diversi studi hanno dimostrato che il tasso di co-infezione influenza/SARS-Cov-2 variava in funzione della prossimità del picco di diffusione

dell'influenza, come illustrato in Figura 1. Consideriamo che, in condizioni ordinarie, in corso di epidemia influenzale le consultazioni ambulatoriali e telefoniche aumentano di cinque volte, impattando enormemente sul lavoro del medico di medicina generale (MMG) e sul consumo di risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)³ (Fig. 2). Nelle circostanze straordinarie di questa stagione, ogni misura volta a ridurre questo tipo di impatto dovrà essere perseguita nel modo più efficace possibile, a partire dalla campagna di vaccinazione antinfluenzale. Purtroppo le premesse a oggi non vanno compiutamente in tal senso e le problematiche connesse all'organizzazione nelle singole Regioni del nostro Paese hanno spesso raggiunto le prime pagine della stampa quotidiana. Nel frattempo, le conseguenze della disastrosa pandemia, che ha colpito milioni di persone in tutto il mondo, impongono l'urgenza dello sviluppo, dell'approvazione e della diffusione di nuovi, efficaci e sicuri vaccini per il COVID-19.

I motivi di una vaccinazione antinfluenzale più estesa e appropriata

La vaccinazione antinfluenzale rappresen-

ta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'influenza e le sue complicanze con un rapporto costo/beneficio e costo/efficacia comprovatamente favorevole⁴. I principali destinatari della vaccinazione sono le persone dai 65 anni in poi, nonché tutti i portatori di patologie croniche, così come previsto dalla Circolare su "Prevenzione e controllo dell'influenza stagionale" annualmente emanata dal Ministero della Salute⁵. Occorre ricordare che gli obiettivi della vaccinazione sono sia individuali (prevenire la malattia e le sue complicanze) che collettivi (ridurre la diffusione dell'infezione e dei suoi costi sociali). Inoltre, la vaccinazione può esercitare effetti sia diretti che indiretti rivolti al contenimento del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. Sappiamo come questa tematica, già cruciale, rappresenterà la vera sfida di salute pubblica nei prossimi anni. Una recente metanalisi⁶ su studi clinici controllati (vaccinati vs non vaccinati/placebo) indica una significativa riduzione di circa il 25% sulla prescrizione di antibiotici nei soggetti immunizzati. Perché si ottengano risultati collettivi (di comunità) come conseguenza della vaccinazione antinfluenzale, occorre raggiungere tassi di copertura nella popolazione target di almeno il 75% (raccomandato) o del 95% (ottimale)⁵. Questi obiettivi sono ben lon-

Conflitto di interessi

Alessandro Rossi dichiara nessun conflitto di interessi. Francesco Lapi dichiara di aver ricevuto finanziamenti o ha in atto contratti o altre forme di finanziamento con Sanofi Pasteur, Seqirus, GlaxoSmithKline, Pfizer.

How to cite this article: Rossi A, Lapi F, et al. La vaccinazione influenzale nell'anno della pandemia da COVID-19. Rivista SIMG 2020;27(6):91-98.

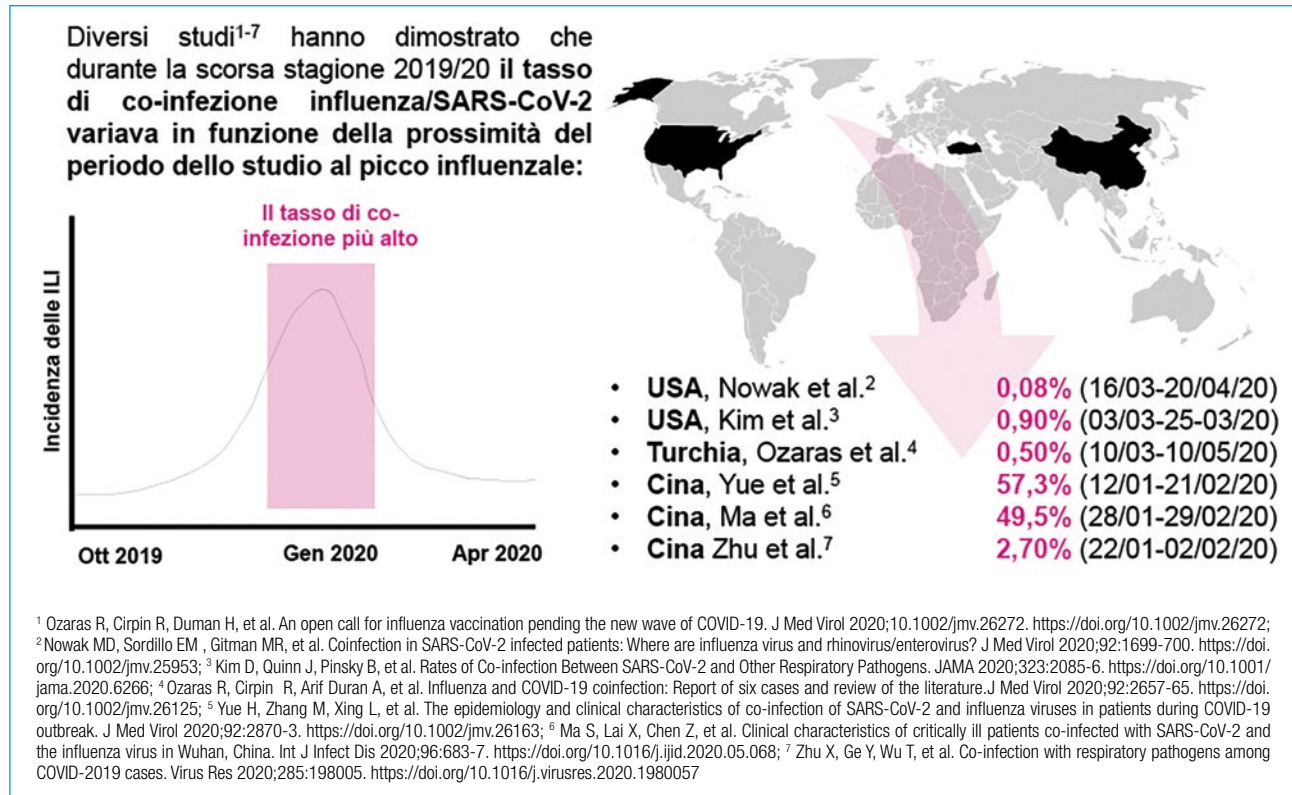
© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



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 1.
Co-infezione tra il virus influenzale e SARS-CoV-2.



tani dall'essere raggiunti nella popolazione ultrasessantacinquenne, non solamente in Italia. Infatti, in Europa solo il Regno Unito si avvicina al target raccomandato, l'Italia si

attesta al 54,6% di copertura media, i Paesi scandinavi e dell'est europeo sono molto al di sotto (ECDC, 2018). Nei soggetti tra i 18 e 64 anni con alme-

no una patologia cronica siamo addirittura intorno al 20% e tra gli operatori sanitari solo in poche Regioni si supera la stessa percentuale (ISTAT, 2019).

FIGURA 2.
L'impatto dell'influenza nell'ambito delle cure primarie: studio SIMG³.

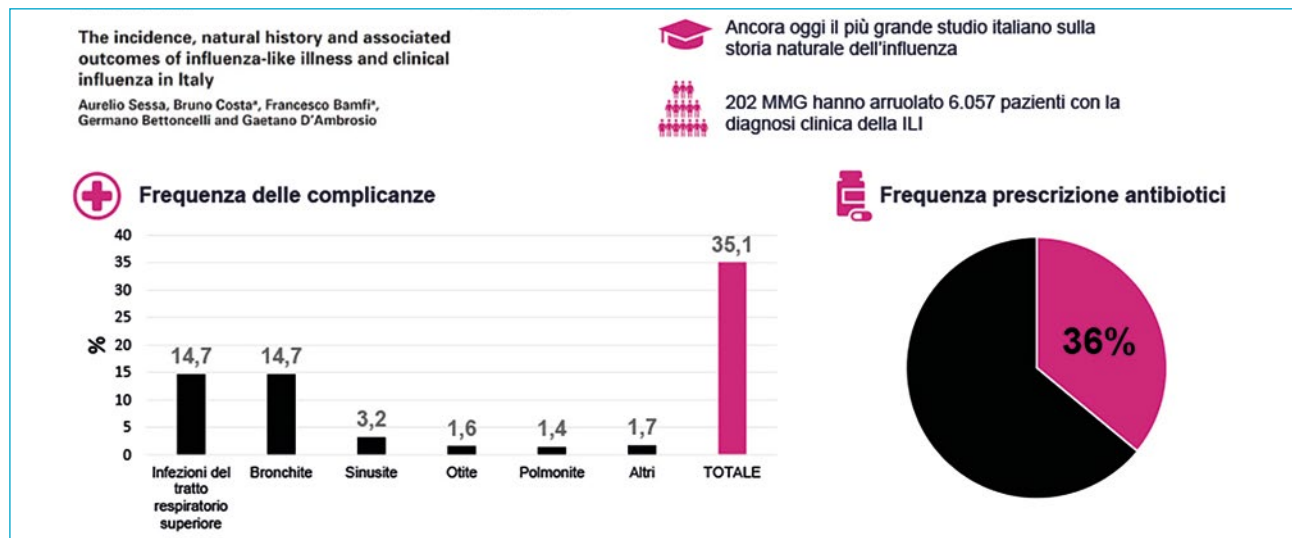


FIGURA 3.

Importanza della vaccinazione influenzale nell'era del COVID-19.

- Sia influenza che SARS-CoV-2 causano la malattia respiratoria che può presentarsi come asintomatica/paucisintomatica o severa/mortale¹
- Entrambi i virus sono trasmessi tramite contatti stretti, *droplets* e fomit¹
- Nella stagione 2020/21 entrambi i virus molto probabilmente co-circoleranno^{2,3}
- Una più alta copertura contro l'influenza può determinare una maggiore protezione di gregge e quindi meno infetti^{2,3}
- **Incrementare la copertura vaccinale contro l'influenza è altamente consigliabile^{2,3} anche allo scopo di facilitare la diagnosi differenziale tra le due malattie e di alleviare la pressione sui sistemi sanitari^{3,4}**

¹ www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-similarities-and-differences-with-influenza; ² Grech V, Borg M. Influenza vaccination in the COVID-19 era. *Early Hum Dev* 2020;148:105116. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105116>; ³ Gostin LO, Salmon DA. The dual epidemics of COVID-19 and influenza: vaccine acceptance, coverage, and mandates. *JAMA* 2020;324:335-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.10802>; ⁴ Ozaras R, Cirpin R, Duman H, et al. An open call for influenza vaccination pending the new wave of COVID-19. *J Med Virol* 2020;10.1002/jmv.26272. <https://doi.org/10.1002/jmv.26272>

Quindi, come si vede, pur con il cauto ottimismo relativo al leggero recupero degli ultimi quattro anni, il lavoro da svolgere per incrementare tali coperture, in termini di comunicazione sociale, organizzazione sanitaria e responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti è ancora rilevante.

Il mancato raggiungimento dei tassi di copertura comporta necessariamente una riduzione dei benefici della vaccinazione. Un recente studio, riferito alla situazione degli USA, fornisce una imponente dimostrazione numerica di cosa potrebbe significare un aumento dei tassi di copertura⁷. Infatti, lo studio dimostra come, in stagioni a intensità epidemiologica medio/alta (come sono state le ultime due stagioni in Italia) i benefici attesi in termini di casi evitati nella popolazione statunitense grazie all'incremento delle coperture vaccinali al 70% vanno da 3 milioni (intensità media) a 3.840.000 (intensità alta) e da 23.000 a 39.000 i ricoveri evitati.

Il fenomeno complesso dell'efficacia dei vaccini influenzali

L'efficacia di un vaccino antivirale dipende da tre fattori: **il virus, l'ospite e il vaccino**.

- Uno dei fattori principali che rappresenta un limite all'efficacia di un vaccino nei confronti del virus influenzale

è la cosiddetta **deriva antigenica**. Per deriva antigenica intendiamo la graduale e costante modifica della sequenza aminoacidica che compone le proteine di superficie H ed N⁸. Essa è particolarmente rilevante per quanto riguarda il sottotipo A/H3N2. Tale sottotipo è quello che presenta una *relative illness ratio* (cioè il rapporto tra la percentuale dei tipi di virus causa di influenza per


una determinata fascia di età e la rappresentatività percentuale della stessa fascia all'interno della popolazione generale) più elevata negli ultrasessantacinquenni.

- L'ospite può modificare la risposta alla vaccinazione in funzione dello stato del suo sistema immunitario. Nella popolazione anziana, il progressivo invecchiamento del sistema immunitario (**immunosenescenza**) è associato al declino dell'immunità sia innata che adattativa⁹.
- I processi tradizionali di sviluppo e produzione dei vaccini influenzali prevedono la coltura del virus su uova embrionate di pollo. Durante tale fase, possono insorgere **mutazioni** (dette appunto *egg-adaptive*) che sono in grado di alterare la antigenicità dei ceppi vaccinali e quindi l'efficacia del vaccino¹⁰.

In base a tali considerazioni, appare evidente come non solo un aumento dei tassi di copertura vaccinale ma anche un utilizzo più appropriato dei vaccini a disposizione contribuiscano agli obiettivi di protezione della popolazione, specialmente alla luce delle numerose novità intervenute nel settore dei vaccini negli ultimi anni. La Figura 4 richiama come, **nella popolazione dai**

FIGURA 4.

I vaccini influenzali autorizzati in Italia per la stagione 2020/21*.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 5 Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale

**Prevenzione e controllo dell'influenza:
raccomandazioni per la stagione 2020-2021**

Vaccino	Indicazione
Il vaccino quadrivalente da uova a dosaggio standard (QIVe)	≥ 6 mesi/3 anni ^a
Il vaccino quadrivalente da coltura cellulare a dosaggio standard (QIVc)	≥ 9 anni
Il vaccino trivalente adiuvato con MF59 a dosaggio standard (aTIV)	≥ 65 anni
Il vaccino quadrivalente ad dosaggio (hdQIV)	≥ 65 anni
Il vaccino quadrivalente vivo attenuato (QLAIV)	2-59 anni

^a A seconda del brand.

* www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74451&parte=1%20&serie=null

FIGURA 5.**L'appropriatezza della prescrizione dei vaccini influenzali in sintesi.**

- I vaccini attualmente disponibili in Italia sono diversi sotto molti punti di vista^{1,2}
- Un recente studio italiano³ suggerisce che la maggior parte dei medici vaccinatori preferirebbe avere diversi tipi di vaccini antinfluenzali al fine di offrire una soluzione più adatta e appropriata ai loro pazienti/assistiti
- Alcuni recenti esempi internazionali^{4,5} testimoniano l'importanza dell'applicazione del concetto di "appropriatezza della vaccinazione antinfluenzale" proposta alcuni anni fa^{6,7}
- Riteniamo che l'appropriatezza dell'offerta dei vaccini antinfluenzali sia un importante passaggio intermedio verso le politiche vaccinali "precise" (*precision vaccinology*)⁸⁻¹⁰

¹ www.trovanorme.salute.gov.it/norme/%20renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74451&parte=1%20&serie=null; ² Barr IG, Donis RO, Katz JM, et al. Cell culture-derived influenza vaccines in the severe 2017-2018 epidemic season: a step towards improved influenza vaccine effectiveness. NPJ Vaccines 2018;9:3:44. <https://doi.org/10.1038/s41541-018-0079-z>; ³ Boccalini S, Tacconi FM, Lai PL, et al. Appropriateness and preferential use of different seasonal influenza vaccines: a pilot study on the opinion of vaccinating physicians in Italy. Vaccine 2019;37:915-8; ⁴ Joint Committee on Vaccination and Immunisation. <https://app.box.com/s/t5ockz9bb6xw6t2mrrzb144njlimfo0/file/529004924372>; ⁵ Australia Government, Department of Health. www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/2020-national-immunisation-program-influenza-vaccines-clinical-advice-for-vaccination-providers.pdf; ⁶ Bonanni P, Boccalini S, Zanobini P, et al. The appropriateness of the use of influenza vaccines: Recommendations from the latest seasons in Italy. Hum Vaccin Immunother 2018;14:699-705. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1388480>; ⁷ Calendario vaccinale per la vita. www.igiensonline.it/docs/2019/21cvplv.pdf; ⁸ Borriello F, van Haren SD, Levy O. First International Precision Vaccines Conference: multidisciplinary approaches to next-generation vaccines. mSphere 2018;3:e00214-8. <https://doi.org/10.1128/mSphere.00214-18>; ⁹ Nanishi E, Dowling DJ, Levy O. Toward precision adjuvants: optimizing science and safety. Current Opinion in Pediatrics 2020;32:125-38. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000868>; ¹⁰ Levy O. www.hhs.gov/sites/default/files/For%20Posting_Levy_Precision%20Vaccines_Using%20Adjuvants%20to%20Bring%20Precision%20Medicine%20to%20Vaccinology_16x9_Remediated.pdf

65 anni in poi, siano raccomandati due tipi di vaccini: il **trivalente adiuvato (aTIV)** e il **quadrivalente ad alto dosaggio (hdQIV)**. Entrambi sono strumenti efficaci per far fronte al fenomeno dell'immunosenescenza. Il primo è più immunogeno rispetto agli analoghi non adiuvati sia contro i ceppi contenuti nel vaccino che quelli antigenicamente dissimili e ha dimostrato una alta efficacia sul campo (*effectiveness*)¹¹. Anche il centro di ricerca di SIMG, tramite il proprio database Health Search, ha valutato l'efficacia relativa della forma adiuvata trivalente rispetto alla non adiuvata. Il lavoro è stato recentemente pubblicato su *Expert Review of Vaccines* e, a seguire, ne è riportata una sintesi.

Per il prossimo anno è prevista l'immissione sul mercato del vaccino quadrivalente adiuvato (aQIV).

Il vaccino quadrivalente ad alto dosaggio si è dimostrato più efficace rispetto ai vaccini a dose standard nella popolazione anziana¹². Inoltre, tra le novità già dal corrente anno a disposizione, sottolineiamo l'importanza del vaccino quadrivalente a coltura cellulare

(**QIVc**). Come abbiamo visto, le mutazioni *egg-adaptive* possono avere un impatto significativo sull'efficacia, specialmente nei confronti del sottotipo A/H3N2. Questo vaccino, per le sue caratteristiche, supera tali limiti¹³. In particolare: i CVV (*Candidate Vaccine Virus*) deputati alle colture cellulari risultano più numerosi al termine del processo produttivo rispetto a quelli coltivati su uova. La coltura di CVV su cellule di mammifero (tale è il processo produttivo di questo vaccino) minimizza il rischio di mutazioni rispetto al passaggio in uovo.

Possiamo quindi concludere che oggi potremmo avere a disposizione diverse armi vaccinali da saper usare con appropriatezza a seconda delle caratteristiche (anagrafiche e di patologia) del soggetto da vaccinare, al fine di ottenere una maggiore efficacia rispetto al target di popolazione. Qualsiasi vaccino può essere determinante per evitare complicanze, ospedalizzazioni e morte, ma l'uso del vaccino più appropriato, specialmente nei soggetti anziani, è in grado di ottimizzare il risultato, con un favorevole rapporto costi/benefici, come riporta-

to anche nella già richiamata ricerca SIMG. Abbiamo con rammarico usato il condizionale alla luce delle forti criticità riscontrate nella distribuzione e messa a disposizione delle cure primarie dei vaccini da parte di alcune Regioni: un'ulteriore occasione mancata di rafforzamento di salute della collettività, così importante in questo drammatico periodo.

Bibliografia

- ¹ www.epicentro.iss.it
- ² www.ecdc.europa.eu/healthtopics/seasonal-influenza
- ³ Sessa A, Costa B, Bamfi F, et al. The incidence, natural history and associated outcomes of influenza like illness and clinical influenza in Italy. Fam Pract 2001;18:629-34.
- ⁴ Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, et al. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of literature. Ann Intern Med 1995;123:518-27.
- ⁵ Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni 2020/21.
- ⁶ Buckley BS, Henschke N, Bergman H, et al. Impact of vaccination on antibiotic usage: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect 2019;25:1213-25.
- ⁷ Hughes MM, Reed C, Flannery B, et al. Projected population benefits of increased effectiveness and coverage of influenza vaccination on influenza burden in the United States. Clin Infect Dis 2020;70:2496-502.
- ⁸ www.cdc.gov
- ⁹ Abedin M, Michel JJ, Lemster B, et al. Diversity of NKR expression in aging T cells. Exp Gerontol 2005;40:537-41.
- ¹⁰ Shinde V, Fries L, Wu Y, et al. Improved titers against influenza drift with nanoparticles vaccine. N Engl J Med 2018;378:2346-8.
- ¹¹ Domnich A, Arata L, Amicizia A, et al. Effectiveness of MF59-adjuvanted seasonal influenza vaccine in the elderly: a systematic review and meta-analysis. Vaccine 2017;35:513-20.
- ¹² Samson SI, Leventhal PS, Salamand C, et al. Immunogenicity of high dose trivalent inactivated influenza vaccine: a systematic review and meta-analysis. Exp Rev Vaccines 2019;18:295-308.
- ¹³ Barr IG, Donis RO, Kat JM, et al. Cell culture-derived influenza vaccines in the severe 2017/18 epidemic season: a step towards improved influenza vaccine effectiveness. NPJ vaccines 2018;3:44.

Efficacia relativa del vaccino antinfluenzale nell'anziano: vaccino trivalente adiuvato vs non adiuvato*

Francesco Lapi

Direttore della Ricerca, Health Search, SIMG

Introduzione

L'influenza stagionale ha un impatto significativo sia a livello sanitario che socio-economico. Un recente studio condotto nei paesi dell'Unione Europea (UE) ¹ ha dimostrato che l'influenza, essendo un'infezione con un alto tasso di incidenza e mortalità, è la principale malattia infettiva in termini di anni di vita persi e di anni vissuti in condizioni di disabilità. È noto come gli anziani siano caratterizzati da un rischio particolarmente elevato di sviluppare complicazioni a seguito di un episodio influenzale, come polmonite, ictus e infarto miocardico ², le quali potrebbero eventualmente portare al ricovero e/o al decesso ^{3,4}.

Il vaccino antinfluenzale stagionale è una delle principali misure preventive in grado di ridurre drasticamente il carico di questa malattia. La vaccinazione antinfluenzale nell'anziano è infatti attualmente raccomandata da tutti i paesi dell'UE ⁵ e dagli Stati Uniti (USA) ⁶. Tuttavia, i vaccini antinfluenzali tradizionali possono avere un'immunogenicità non ottimale, a causa di fenomeni di immunosenescenza e quindi una ridotta efficacia nei più anziani ⁷. Al fine di rispondere a questa esigenza, sono state sviluppate ulteriori piattaforme tecnologiche rivolte agli adulti più anziani, le quali hanno permesso di produrre specifici vaccini, tra cui la forma adiuvata con emulsioni olio-in-acqua ^{8,9}.

In tutto il mondo l'Italia è stato il primo paese ad adottare il vaccino influenzale trivalente adiuvato con MF59® (MF59-TIV) contro l'influenza, concesso in licenza nel 1997 ⁸. Diversi studi hanno dimostrato che MF59-TIV è più immunogenico della forma trivalente non adiuvata contro due ceppi omologhi del virus, oltre ad avere un buon profilo di sicurezza ^{10,11}.

Precedenti ricerche sull'efficacia relativa del vaccino (rVE) hanno dimostrato che MF59-TIV è più efficace del TIV non adiuvato

del 25% (95% IC: 2-43%) ¹², 44% (95% IC: 18-47%) ¹³ e 63% (95% IC: 4-86%) ⁷, per quanto concerne, rispettivamente, la prevenzione dei ricoveri dovuti a polmonite/influenza, malattia simil-influenzale (ILI) e influenza confermata in laboratorio. Tuttavia, ancora permane un certo livello di incertezza riguardo la superiorità della formulazione adiuvata, dovuto al fatto che gli studi sopracitati sono piuttosto datati, limitati a poche (tre al massimo) stagioni influenzali, nonché condotti su contesti locali ed eterogenei, ossia includendo sia anziani in comunità che istituzionalizzati ^{7,13,14}.

Dato che MF59-TIV è utilizzato in Italia dal 1997, abbiamo voluto valutare l'impatto di questo vaccino contro l'influenza stagionale in termini di rischio di ospedalizzazione per complicazioni respiratorie (polmoniti), eventi cerebro/cardiovascolari (i.e. infarto/ictus), *versus* il vaccino trivalente non adiuvato.

Metodi

Fonte di dati

Questo studio è stato condotto utilizzando l'Health Search Database (HSD) di SIMG. HSD è un database osservazionale longitudinale contenente i dati delle cartelle cliniche elettroniche di oltre 1.000 medici di medicina generale (MMG). I medici partecipanti al network assistono circa 1 milione di pazienti e sono stati selezionati su base geografica così da garantire la rappresentatività dell'intera popolazione italiana. HSD è una fonte dati validata per la ricerca scientifica ed è conforme alle linee guida dell'UE sull'uso dei dati clinici per la ricerca ¹⁵⁻¹⁷.

HSD contiene dati demografici, relativi allo stile di vita, diagnosi di patologia, prescrizioni di test diagnostici, risultati di indagini cliniche, prescrizioni di farmaci, referti di visite specialistiche, ricoveri ospedalieri e data di decesso. Tutte le diagnosi sono codificate secondo la classificazione internazionale

ICD-9-CM, mentre i farmaci sono codificati con il corrispondente codice chimico terapeutico anatomico (ATC), la data di prescrizione e il numero di giorni di terapia.

Popolazione in studio

Secondo l'indicazione d'uso di MF59-TIV, abbiamo selezionato una coorte di pazienti adulti ultra 65enni vaccinati per l'influenza stagionale in relazione alle 15 stagioni epidemiche tra il 2002 e il 2016. In Italia, una campagna di vaccinazione inizia solitamente a metà ottobre, anche se ci sono alcune differenze interregionali. Per il presente studio, sono state considerate soltanto le vaccinazioni eseguite prima dell'inizio del periodo epidemico, il quale è stato definito come il periodo di calendario in cui il tasso di ILI supera la soglia di base di 2‰ ¹¹ e identificato sulla base del tasso di incidenza di ILI riportato dalla rete nazionale di sorveglianza dell'influenza InluNet per le 15 stagioni influenzali considerate (2001/2002 - 2016/2017).

La data di ingresso nello studio è stata fissata alla data della prima somministrazione del vaccino (vaccinazione incidente) in una data stagione influenzale. I pazienti con meno di un anno di storia clinica in HSD sono stati esclusi. Per coerenza con i tempi attesi di siero-conversione ¹⁸, è stato applicato al follow-up un periodo di latenza di effetto di 28 giorni successivi la data della vaccinazione, escludendo quindi i pazienti con una durata del follow-up < 4 settimane. I pazienti inclusi sono stati seguiti fino a uno dei seguenti eventi, in base a quello che si verificava per primo: ricovero in ospedale per polmonite o evento cerebro/cardiovascolare (data esito), fine del periodo epidemico, decesso, fine della disponibilità dei dati in HSD.

Analisi caso-controllo *nested*

In Italia, nella pratica clinica corrente, la conferma di laboratorio dell'influenza è un

* Da: Expert Review of Vaccines - <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2019.1622418>

evento estremamente raro. Abbiamo quindi identificato i casi sulla base di altri *proxy* usualmente correlati all'influenza negli anziani: questi comprendevano il ricovero per polmonite, ictus e infarto del miocardio verificatosi durante i rispettivi periodi epidemici. Tutti i casi di ospedalizzazione per polmonite o per evento cerebro/cardiovascolare sono stati identificati, durante il follow-up, tramite una valutazione accurata del teso libero riportato dai medici del network.

Quindi, abbiamo condotto un'analisi caso-controllo *nested* appaiando a ciascun caso fino a 10 controlli che sono stati selezionati casualmente in base al punteggio di *propensity score* ($\pm 0,5$), al periodo di calendario (settimana della stessa stagione) e a precedenti eventi cerebro-cardiovascolari. Il *propensity score* è stato stimato tramite una regressione logistica multivariata con la variabile dipendente data dalla probabilità di essere vaccinati con MF59-TIV vs TIV. Questo approccio è stato adottato al fine di minimizzare il confondimento da indicazione, in quanto era presumibile identificare pazienti anziani di per sé a maggior rischio di sviluppare l'outcome tra i vaccinati con la forma adiuvata^{19,20}.

Definizione dell'esposizione

Al fine di assicurare una corretta classificazione in base al tipo di vaccino in studio, tutti i record sono stati revisionati e classificati in base ai criteri dell'Agenzia Italiana del Farmaco. I pazienti sono stati quindi classificati come vaccinati con MF59-TIV vs TIV.

Covariate e analisi dei dati

Insieme con l'età e il sesso sono state considerate le seguenti covariate: rischio cardiovascolare (prevenzione primaria o secondaria in base ai criteri ESC), presenza di diagnosi di insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale e depressione.

Statistiche descrittive sono state riportate allo scopo di inquadrare i casi e i rispettivi controlli. Le variabili continue e categoriali sono state riportate, rispettivamente, come valore medio e deviazione standard (DS) o come numeri assoluti e relative percentuali. Il tasso di incidenza di ospedalizzazione per polmonite ed eventi cerebro/cardiovascolari è stato calcolato per 1.000 anni-persona.

Sono stati adottati modelli di regressione logistica condizionale per stimare l'odds ratio (OR) dello sviluppo di polmonite ed eventi cerebro/cardiovascolari che hanno portato al ricovero, in pazienti vaccinati con MF59-TIV vs TIV. I modelli sono stati ulteriormente aggiustati per altre malattie cerebrovascolari, per la presenza di fibrillazione atriale e depressione, dato che queste variabili risultavano comunque sbilanciate nonostante l'appaiamento caso-controllo effettuato tramite *propensity score*.

Risultati

La coorte totale era composta da 43.000 pazienti anziani (56,4% femmine) con un'età media di 76,3 (DS 0,05) anni. All'interno di questa coorte abbiamo identificato 106 casi di ricovero per polmonite ed eventi cerebro/cardiovascolari. Tre casi sono stati esclusi perché non c'erano informazioni sufficienti per valutare la relazione con le cause del ricovero ospedaliero. Il tasso di incidenza complessiva è stato di 0,11 (IC 95%: 0,09-0,13) per 1.000 anni-persona. In particolare, 0,10 (95% IC: 0,1-0,13) e 0,13 (95% IC: 0,10-0,17) casi per 1.000 anni-persona erano i tassi di incidenza calcolati, rispettivamente, per i pazienti esposti a MF59-TIV o TIV.

Le caratteristiche dei casi e dei rispettivi controlli sono descritte nella Tabella I. Come atteso dalle procedure di appaiamento le caratteristiche demografiche e la durata del follow-up risultavano simili tra casi e controlli. Tuttavia, nonostante l'uso del *propensity score* come criterio di appaiamento, alcune covariate risultavano ancora sbilanciate tra casi e controlli. Infatti, i casi mostravano una maggiore prevalenza di fibrillazione atriale (15,5% vs 7,9%), depressione (24,3% vs 15,9%) e altre malattie cerebrovascolari (21,4% vs 8,6%), oltre a essere caratterizzati da un rischio cardiovascolare più elevato rispetto ai rispettivi controlli (molto alto - profilo di rischio: 40,8% vs 28,2%).

Nell'analisi primaria, quando abbiamo confrontato MF59-TIV vs TIV, i risultati hanno mostrato che gli utilizzatori di MF59-TIV avevano una riduzione significativa del 39% del rischio (OR aggiustato 0,61 (95% IC

0,39-0,96) di ospedalizzazione per polmonite e eventi cerebro/cardiovascolari.

Nell'analisi di sensibilità, escludendo i pazienti con precedenti eventi cerebro/cardiovascolari, la stima puntuale era ancor più evidente (OR aggiustato 0,54 (95% IC 0,34-0,86)) rispetto a quella emersa dall'analisi primaria.

Discussione

Questo è stato il primo studio che ha confrontato il rischio di ospedalizzazione, per complicanze respiratorie e cardiovascolari influenza-correlate, tra MF59-TIV e TIV, utilizzando un periodo di osservazione di 15 stagioni influenzali. Il MF59-TIV sembra in grado di ridurre il rischio di ospedalizzazione per polmonite ed eventi cerebro/cardiovascolari del 39% rispetto alla forma TIV.

Questi risultati sono in linea con i lavori già presenti in letteratura. Come precedentemente descritto, MF59-TIV è stato significativamente più efficace del TIV del 25% (IC 95%: 2-43%)¹⁴, 44% (IC 95%: 18-47%)¹³ e 63% (95% IC: 4-86%)⁷ nella prevenzione, rispettivamente, dei ricoveri per polmonite/influenza, ILL e influenza confermata in laboratorio.

Questo studio ha i seguenti punti di forza. In primo luogo, il disegno caso-controllo *nested* e l'adozione del *propensity score* hanno permesso di minimizzare gli effetti dovuti ai bias di selezione e al confondimento da indicazione^{20,21}. In secondo luogo, la popolazione assistibile registrata in HSD risulta sovrapponibile alla popolazione italiana e consente l'aggiustamento per covariate importanti come il rischio cardiovascolare. Infine, il nostro studio ha minimizzato qualsiasi *recall bias*²² data la natura longitudinale di HSD.

Questo studio ha anche alcune limitazioni. In primo luogo, come accennato in precedenza, non è stato possibile utilizzare la diagnosi di influenza confermata dal laboratorio come endpoint. Tuttavia, i nostri risultati riguardano numerose stagioni influenzali, si da coprire le più diversificate frequenze di insorgenza di malattia. Infatti, più della metà dei casi ($n = 57$) sono stati identificati durante i picchi epidemici. In secondo luogo, non è stato possibile stabilire il

TABELLA 1.

Caratteristiche dei casi e dei rispettivi controlli.

Caratteristiche	Casi (N = 103)	Controlli (N = 748)		
	N/Media	%/SD	N/Media	%/SD
Fascia di età; %				
65-69	14 ^a	13,6 ^b	87 ^a	11,6 ^b
70-74	15 ^a	14,6 ^b	97 ^a	13,0 ^b
75-79	25 ^a	24,3 ^b	213 ^a	28,5 ^b
80-84	23 ^a	22,3 ^b	146 ^a	19,5 ^b
≥ 85	26 ^a	25,2 ^b	205 ^a	27,4 ^b
Età media	79,6 ^c	8,0 ^d	79,1 ^c	7,5 ^d
Sesso				
Maschio	52 ^a	50,5 ^b	353 ^a	47,2 ^b
Femmina	51 ^a	49,5 ^b	395 ^a	52,8 ^b
Durata del follow-up (media (DS))	0,24 ^c	0,1 ^d	0,24 ^c	0,1 ^d
Rischio cardiovascolare (ESC-SCORE*), %				
Media/moderata	20 ^a	19,4 ^b	236 ^a	31,6 ^b
Alto	41 ^a	39,8 ^b	301 ^a	40,2 ^b
Molto alto	42 ^a	40,8 ^b	211 ^a	28,2 ^b
Condizioni simultanee sottostanti, %				
Asma/BPCO	22 ^a	21,4 ^b	167 ^a	22,3 ^b
Fibrillazione atriale	16 ^a	15,5 ^b	59 ^a	7,9 ^b
Depressione	25 ^a	24,3 ^b	119 ^a	15,9 ^b
Disordini gastrointestinali	38 ^a	36,9 ^b	265 ^a	35,4 ^b
Insufficienza cardiaca	7 ^a	6,8 ^b	43 ^a	5,7 ^b
Altre malattie cardiovascolari	19 ^a	18,4 ^b	101 ^a	13,5 ^b
Altre malattie cerebrovascolari	22 ^a	21,4 ^b	64 ^a	8,6 ^b
Presenza di polifarmacia (≥ 5 ATC) ^e	89 ^a	86,4 ^b	626 ^a	83,7 ^b
Precedente vaccinazione pneumococcica ^f	33 ^a	32,0 ^b	228 ^a	30,5 ^b

ATC: chimica terapeutica anatomica; BPCO: broncopneumopatia cronica ostruttiva; SD: deviazione standard. ^a Numero assoluto. ^b Proporzione. ^c Media. ^d Deviazione standard (SD). ^e L'anno scorso prima della data di immissione. ^f Durante tutto il periodo disponibile precedente la data di entrata. * L'algoritmo SCORE è stato applicato ai pazienti in prevenzione primaria.

rischio relativo di MF59-TIV ^{20,21} e la forma quadrivalente (QIV), dato che l'introduzione sul mercato di quest'ultimo è più recente. Per contro, come dimostrato dall'unico confronto diretto disponibile (per quanto a nostra conoscenza) tra QIV e MF59-TIV ²³, è plausibile che quest'ultimo possa essere più efficace (3,3%) nella prevenzione degli eventi correlati all'influenza negli anziani. È interessante notare che nello stesso studio TIV e QIV risultassero egualmente efficaci ²³. Tuttavia, il QIV ha dimostrato vantaggi apprezzabili, essenzialmente

dovuti al *mismatch* del lineage B, soltanto nella popolazione più giovane, in particolare in quella pediatrica non ancora esposta a questa tipologia di virus ²⁴.

Dal punto di vista di salute pubblica, diversi paesi raccomandano la vaccinazione antinfluenzale nei gruppi di età più avanzata. In particolare, i nostri risultati supportano la recente raccomandazione italiana ²⁵ sull'uso preferenziale di MF59-TIV negli anziani, rispettivamente, di età ≥ 65 anni.

Dato che in Italia la maggior parte delle vaccinazioni contro l'influenza stagionale sono

realizzate nel setting delle cure primarie, i nostri risultati sono utili in quanto informano i medici relativamente alla scelta del vaccino più appropriata per i loro pazienti, in modo da minimizzare il rischio di potenziale sottoutilizzo del vaccino antinfluenzale tra i più anziani.

Conclusioni

I nostri risultati hanno indicato che l'MF59-TIV era più efficace del TIV non adiuvato nella prevenzione dei ricoveri per polmonite ed eventi cerebro-cardiovascolari potenzialmente correlati all'influenza in una coorte di 15 stagioni influenzali. Questa evidenza conferma una raccomandazione preferenziale per MF59-TIV su vaccini tradizionali non adiuvati nella popolazione anziana.

Bibliografia

- Cassini A, Colzani E, Pini A, et al. Impact of infectious diseases on population health using incidence-based disability-adjusted life years (DALYs): results from the Burden of Communicable Diseases in Europe study, European Union and European Economic Area countries, 2009 to 2013. *Euro Surveill*; 23. Epub ahead of print April 2018. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.16.17-00454>
- Sellers SA, Hagan RS, Hayden FG, et al. The hidden burden of influenza: a review of the extra-pulmonary complications of influenza infection. *Influenza Other Respir Viruses* 2017;11:372-93.
- World Health Organization (WHO). Vaccines against influenza - WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2012;87:461-76.
- Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA* 2003;289:179-86.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza vaccination in Europe – Vaccination recommendations and coverage rates in the EU Member States for eight influenza seasons 2007-2008 to 2014-2015.
- Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices-United States, 2018-19 Influenza Season. *MMWR Recomm Rep* 2018;67:1-20.
- Van Buynder PG, Konrad S, Van Buynder JL, et al. The comparative effectiveness of adjuvanted and unadjuvanted trivalent inac-

TABELLA SI.

Tempistica delle epidemie influenzali nella popolazione italiana, per stagione.

Stagione influenzale	Inizio epidemia		Picco epidemico		Fine epidemia	
	N. settimana	Anno	N. settimana	Anno	N. settimana	Anno
2001/2002	1	2002	5	2002	12	2002
2002/2003	2	2003	9	2003	14	2003
2003/2004	1	2004	6	2004	13	2004
2004/2005	52	2004	6	2005	12	2005
2005/2006	4	2006	12	2006	13	2006
2006/2007	2	2007	6	2007	11	2007
2007/2008	52	2007	5	2008	11	2008
2008/2009	52	2008	5	2009	12	2009
2009/2010	43	2009	46	2009	7	2010
2010/2011	50	2010	5	2011	11	2011
2011/2012	51	2011	5	2012	11	2012
2012/2013	51	2012	6	2013	13	2013
2013/2014	52	2013	6	2014	13	2014
2014/2015	51	2014	4	2015	13	2015
2015/2016	1	2016	8	2016	14	2016
2016/2017	48	2016	52	2016	9	2017

tivated influenza vaccine (TIV) in the elderly. *Vaccine* 2013;31:6122-8.

- 8 Domnich A, Arata L, Amicizia D, et al. Effectiveness of MF59-adjuvanted seasonal influenza vaccine in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Vaccine* 2017;35:513-20.
- 9 www.cdc.gov/flu/prevent/adjuvant.htm
- 10 Bella A, Gesualdo F, Orsi A, et al. Effectiveness of the trivalent MF59 adjuvanted influenza vaccine in preventing hospitalization due to influenza B and A(H1N1)pdm09 viruses in the elderly in Italy, 2017-2018 season. *Expert Rev Vaccines* 2019;18:671-9. <https://doi.org/10.1080/14760584.2019.1627206>
- 11 Gasparini R, Amicizia D, Lai PL, et al. Effectiveness of adjuvanted seasonal influenza vaccines (Inflexal V® and Flud®) in preventing hospitalization for influenza and pneumonia in the elderly: a matched case-control study. *Hum Vaccin Immunother* 2013;9:144-52.
- 12 Mannino DM, Etzel RA, Gibson Parrish R. Pulmonary fibrosis deaths in the United States, 1979-1991: an analysis of multiple-cause mortality data. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:1548-52. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.153.5.8630600>
- 13 Iob A, Brianti G, Zamparo E, et al. Evidence of increased clinical protection of an MF59-adjuvant influenza vaccine compared to a non-adjuvant vaccine among elderly residents of long-term care facilities in Italy. *Epidemiol Infect* 2005;133:687-93. <https://doi.org/10.1017/S0950268805003936>
- 14 Mannino S, Villa M, Apolone G, et al. Effectiveness of adjuvanted influenza vaccination in elderly subjects in northern Italy. *Am J Epidemiol* 2012;176: 527-33.
- 15 Guglielmi V, Bellia A, Pecchioli S, et al. Effectiveness of adherence to lipid lowering therapy on LDL-cholesterol in patients with very high cardiovascular risk: a real-world evidence study in primary care. *Atherosclerosis* 2017;263:36-41. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2017.05.018>
- 16 Lapi L, Capogrosso Sansone A, Mantarro S, et al. Hepatitis C virus infection: Opportunities for an earlier detection in primary care. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2017;29:271-6. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000785>
- 17 Lapi F, Simonetti M, Michieli R, et al. Assessing 5-year incidence rates and determinants of osteoporotic fractures in primary care. *Bone* 2012;50:85-90. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2011.09.048>
- 18 Rastogi S, Gross PA, Bonelli J, et al. Time to peak serum antibody response to influenza vaccine. *Clin Diagn Lab Immunol* 1996;3:361-2. <https://doi.org/10.1128/cdli.2.1.120-121.1995>
- 19 Villa M, Black S, Groth N, et al. Safety of MF59-adjuvanted influenza vaccination in the elderly: results of a comparative study of MF59-adjuvanted vaccine versus nonadjuvanted influenza vaccine in northern Italy. *Am J Epidemiol* 2013;178:1139-45.
- 20 Casanova L, Cortaredona S, Gaudart J, et al. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in patients with diabetes: protocol for a nested case-control study. *BMJ Open* 2017;7:e016023.
- 21 Brookhart MA, Wyss R, Layton JB, et al. Propensity score methods for confounding control in nonexperimental research. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2013;6:604-11.
- 22 Ford E, Carroll JA, Smith HE, et al. Extracting information from the text of electronic medical records to improve case detection: a systematic review. *J Am Med Informatics Assoc* 2016;23:1007-15.
- 23 Izurieta HS, Chillarige Y, Kelman J, et al. Relative effectiveness of influenza vaccines among the United States elderly, 2018-2019. *J Infect Dis* 2020;222:278-87.
- 24 Panatto D, Signori A, Lai PL, et al. Heterogeneous estimates of influenza virus types A and B in the elderly: results of a meta-regression analysis. *Influenza Other Respir Viruses* 2018;12:533-43. <https://doi.org/10.1111/irv.12550>
- 25 Bonanni P, Boccalini S, Zanobini P, et al. The appropriateness of the use of influenza vaccines: recommendations from the latest seasons in Italy. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14:699-705. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1388480>



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

HS-Newsletter

Health Search

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

(Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)



N.6 Vol.27 Novembre-Dicembre 2020

COMUNICAZIONE IMPORTANTE: TEST DIAGNOSTICI COVID-19 IN MILLEWIN

Vi informiamo che è possibile registrare in Millewin i Test diagnostici sul COVID-19 con i seguenti accertamenti:

- **TAMPONE NASOFARINGEO: TEST MOLECOLARE COVID-19**
- **SIEROLOGICO COVID-19: TEST RAPIDO QUALITATIVO** Trattasi del test sierologico qualitativo (pungi-dito), un test rapido in cui è sufficiente una goccia di sangue esaminata con un kit portatile per avere riscontro immediato.
- **SIEROLOGICO COVID-19: TEST QUANTITATIVO** Trattasi del test sierologico quantitativo, che richiede un prelievo di sangue e uno specifico analizzatore in dotazione al Laboratorio Analisi.
- **TAMPONE RAPIDO ANTIGENE SARS-COVID-2**

Vi sensibilizziamo all'utilizzo degli stessi per consentire ad Health Search una analisi puntuale delle diagnosi nelle prossime settimane.

INDICE DEGLI ARGOMENTI

Differenze nei fattori di rischio vascolare e metabolico prima della diagnosi di demenza: uno studio caso-controllo multi-database	2
Identificazione e predizione del morbo di Alzheimer: uno studio basato sulla popolazione della Medicina Generale	6
Collaborazioni e Progetti Nazionali/Internazionali.....	8-10
Health Search Dashboard	11

RICERCA INTERNAZIONALE

Differenze nei fattori di rischio vascolare e metabolico prima della diagnosi di demenza: uno studio caso-controllo multi-database

I fattori di rischio vascolare e metabolico sono ampiamente riconosciuti come tra i più importanti fattori implicati nell'eziologia della demenza.

A cura di *Gayan Perera, P R Rijnbeek, Myriam Alexander, David Ansell, Paul Avillach, Talita Duarte-Salles, Mark Forrest Gordon, Francesco Lapi, Miguel Angel Mayer, Alessandro Pasqua, Lars Pedersen, Johan van Der Lei, Pieter Jelle Visser, Robert Stewart*

continua a pag. 2



RICERCA INTERNAZIONALE

Identificazione e predizione del morbo di Alzheimer: uno studio basato sulla popolazione della Medicina Generale

La demenza rappresenta una sfida importante per una società come la nostra che sta progressivamente invecchiando.

A cura di *Giulia Grande, Davide L. Vetrano, Francesco Mazzoleni, Valeria Lovato, Mario Pata, Claudio Cricelli, Francesco Lapi*

continua a pag. 6



CONTATTI

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 Web: 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

RICERCA INTERNAZIONALE

Differenze nei fattori di rischio vascolare e metabolico prima della diagnosi di demenza: uno studio caso-controllo multi-database

Gayana Perera¹, **P R Rijnbeek**², **Myriam Alexander**³, **David Ansell**⁴, **Paul Avillach**^{5,6}, **Talita Duarte-Salles**⁷, **Mark Forrest Gordon**⁸, **Francesco Lapi**⁹, **Miguel Angel Mayer**¹⁰, **Alessandro Pasqua**⁹, **Lars Pedersen**¹¹, **Johan van Der Lei**², **Pieter Jelle Visser**^{12,13,14}, **Robert Stewart**^{15,16}

¹ Psychological Medicine, King's College London (Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience), London, UK.

² Department of Medical Informatics, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands. ³ Quantitative Sciences, GlaxoSmithKline Plc, Brentford, UK. ⁴ Institute of Applied Health Research, University of Birmingham, Birmingham, UK.

⁵ Department of Biomedical Informatics, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA. ⁶ Aarhus University, Aarhus, Denmark. ⁷ IDIAP Jordi Gol, Barcelona, Spain. ⁸ Specialty Clinical Development, Neurology and Psychiatry, Teva Pharmaceuticals USA Inc, North Wales, Pennsylvania, USA. ⁹ Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy. ¹⁰ Hospital del Mar Institute for Medical Research, Barcelona, Spain. ¹¹ Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark. ¹² Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands. ¹³ Department of Neurology, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands. ¹⁴ Department of Neurobiology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. ¹⁵ Psychological Medicine, King's College London (Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience), London, UK robert.stewart@kcl.ac.uk. ¹⁶ South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK.

Tratto da: **BMJ Open**

Sito web: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/11/e038753.long>

Il contesto

I fattori di rischio vascolare e metabolico sono ampiamente riconosciuti come tra i più importanti fattori implicati nell'eziologia della demenza. Tuttavia, le associazioni osservate dipendono dal tempo al quale vengono misurati.

Ne è un esempio l'ipertensione, che nei i soggetti di mezza età risulta essere un predittore di demenza (a 10-20 anni), mentre al momento dell'esordio clinico della patologia risulta essere maggiormente frequente nei soggetti sani di pari età. Un fenomeno simile si osserva per l'indice di massa corporea (BMI), l'obesità nonché per il colesterolo. **Difatti, tutti questi risultano dei**

predittori di demenza quando valutati nei soggetti sani di mezza età, contrariamente a quanto si osserva al momento dell'insorgenza della demenza.



È importante sottolineare che tali associazioni derivano quasi esclusivamente da studi condotti su coorti reclutate in modo specifico e seguite per tempi molto lunghi.

Tutto ciò è potenzialmente un bene, ma può tuttavia comportare dei risultati poco generalizzabili.

Difatti, nonostante tali parametri siano comunemente misurati nella pratica clinica, non sono mai state analizzate le associazioni tra questi fattori e l'insorgenza di demenza in relazione al tempo nel quale sono stati osservati e misurati.

Per rispondere a questo quesito, a partire dal più grosso network di dati sanitari elettronici realizzato sulle file del progetto European Medical Information Framework Innovative Medicines Initiative (EMIF-IMI) è stato creato un consorzio specifico sulla malattia di Alzheimer (EMIF-AD).



L'obiettivo dello studio è stato quello di mettere a confronto i diversi livelli di esposizione a fattori di rischio di interesse tra i casi di demenza e relativi controlli, considerando più intervalli temporali precedenti l'insorgenza di tale patologia e di testare se proprio il tempo potesse essere un fattore di modificazione di tali associazioni.

Lo studio

Per rispondere a tale obiettivo, sono stati utilizzati i dati di diversi database Europei (nazionali o regionali), sia della Medicina Generale, come il database Health Search messo a disposizione da SIMG, che database ospedalieri, per un numero totale di oltre 22,5 milioni di assistiti. In particolare, le risorse dati utilizzate erano composte da tre database di cure primarie, provenienti dai Paesi Bassi, (Integrated Primary Care Information - IPCI), dall'Italia (Health Search Database - HSD) e dal Regno Unito (The Health Improvement Network - THIN)), più un quarto database con dati dei MMG della Catalogna (Information System for

Research in Primary Care - SIDIAP) non facente inizialmente parte del progetto EMIF, e due database ospedalieri, uno Danese ed uno di Barcellona.

Attraverso uno studio caso-controllo, sono state comparati i soggetti con e senza demenza sulla base delle precedenti esposizioni a fattori di interesse, i quali sono stati valutati nei 12 anni precedenti la diagnosi, aggiustando per le covariate rilevanti e disponibili, nonché indagando gli intervalli temporali come modificatore d'effetto.

Sono stati quindi identificati all'interno di ogni fonte dati i pazienti con diagnosi di demenza (casi). Per ognuno dei suddetti casi sono stati identificati randomicamente 100 controlli privi della condizione in studio e appaiati per sesso e data di nascita.

Per ognuno dei suddetti casi e controlli, sono state estrapolate le misure rispettivamente di BMI, pressione arteriosa sistolica (SBP), pressione arteriosa diastolica (DBP) e colesterolo totale. I livelli ricavati per ciascuna delle variabili sono stati definiti

considerando sei intervalli di tempo di 2 anni ciascuno, all'interno dei 12 anni precedenti la data della diagnosi, nonché prendendo i valori medi nel caso fossero presenti più misure per uno stesso paziente all'interno del medesimo intervallo temporale.

Un particolare modello analitico, definito modello lineare generale (GLM - General Linear Model), è stato utilizzato allo scopo di modellare le differenze tra i casi ed i controlli nei livelli medi di esposizione all'interno di ciascun periodo di tempo e per aggiustare le associazioni estrapolate per le tutte le covariate selezionate. Inoltre, **ogni confronto nei vari periodi di tempo è stato trattato come un'analisi separata. In particolare, per ogni specifico periodo, è stato analizzato solo quel set caso-controllo identificato, piuttosto che analizzare le osservazioni ripetute per i medesimi individui.** Dopo aver completato i modelli per ciascuno dei quattro parametri (BMI, SBP, DBP, colesterolo totale), i coefficienti GLM di ciascun dataset di dati sono stati raggruppati mediante una meta-analisi per ciascun parametro.

Complessivamente sono stati identificati 291.780 casi di demenza e 29.170.549 controlli. I casi risultavano maggiormente affetti da diabete, infarto del miocardio e ictus, nonché erano maggiormente trattati con farmaci antiipertensivi e ipolipemizzanti. **Analizzando le differenze tra i casi ed i controlli nei livelli di esposizione ai fattori di rischio vascolare in base alle varie finestre temporali, la maggiore differenza nei livelli di BMI tra i casi ed i controlli, si osservava tra i 2-4 anni e tra i 2-0 anni antecedenti la data della diagnosi di demenza.** Diversamente, per quanto riguarda la SBP, la differenza nei valori tra casi e controlli diminuiva a partire da 8-10 anni fino a 4-6 anni, per poi aumentare drasticamente da 2-4 anni a 0-2 anni prima della diagnosi. Anche per la DBP, la differenza maggiore nei valori tra casi e controlli si riscontrava nelle

finestre temporali 2-4 anni e 0-2 anni antecedenti la diagnosi.

Globalmente, i livelli dei fattori considerati, ad eccezione della DBP, risultavano inferiori nei casi rispetto ai controlli, con un incremento nelle differenze tra i due gruppi in prossimità della diagnosi. Inoltre, la relazione temporale alla base di tali associazioni non era implicata all'età, al sesso o ai disturbi vascolari registrati.

Come già delucidato in numerosi studi presenti in letteratura, l'insorgenza di demenza si associa con livelli elevati di tali fattori di rischio vascolare quando questi vengono misurati nei 10-20 anni prima la diagnosi, ma, tuttavia, tali associazioni risultano spesso invertite quando indagate in prossimità dell'esordio clinico della patologia.

Difatti, i risultati di questo studio sono coerenti con quanto emerso da precedenti ricerche epidemiologiche.

È ben noto come alti livelli di SPB durante la mezz'età siano un fattore di rischio per l'insorgenza di demenza a 10-20 anni. **Tuttavia, al momento della diagnosi, tali valori risultano sostanzialmente inferiori se comparati a quelli dei soggetti sani.** Inoltre, il declino nei valori di SBP caratteristico dei casi di demenza, risulta molto marcato proprio in prossimità della diagnosi, nonché durante la malattia.

Diversamente, nel caso del colesterolo totale, i risultati di questo studio mostrano una maggiore inconsistenza rispetto a quelli degli altri tre fattori considerati. Inoltre, non si evidenzia una marcata accelerazione nel calo dei livelli di colesterolo in prossimità della diagnosi, a differenza di quanto riscontrato per la SBP o il BMI. Difatti, la relazione tra i livelli di colesterolo e l'insorgenza di demenza risulta meno marcata rispetto ad altri fattori vascolari.



Le evidenze in letteratura supportano l'effetto di alte concentrazioni di colesterolo nell'insorgenza di demenza, quando valute nella mezza età, ma non in tarda età.

Le ragioni che stanno alla base di tali associazioni possono essere molto varie. Nel caso, ad esempio, della perdita di peso, questa potrebbe essere secondaria alla neurodegenerazione precoce, con conseguente apatia, perdita di iniziativa e ridotta funzione olfattiva. Diversamente, il declino nei livelli di colesterolo precedente la diagnosi di demenza potrebbe essere legato alla presenza di uno o più fattori di rischio sottostanti. Difatti, tale riduzione potrebbe essere un marker di altri fattori, come un episodio di infezione o infiammazione, con conseguente diminuzione del colesterolo e aumento del rischio successivo di demenza.

Relativamente alla riduzione dei valori pressori, questa potrebbe essere sia secondaria alla neurodegenerazione precoce, che essere di per sé un fattore di rischio (ridotta perfusione cerebrale).

Anche il ruolo implicato al trattamento con antipertensivi non è stato ancora del tutto chiarito. In particolare, nonostante alcuni studi pubblicati mostrino una stretta associazione tra demenza e bassi valori pressori nei trattati con antipertensivi, altri evidenziano che l'elevato declino nei valori di SBP associato alla demenza è limitato ai soggetti che non erano stati trattati con agenti antipertensivi e che l'associazione tra demenza e bassi valori pressori è molto debole o addirittura assente se analizzata in popolazioni di paesi a basso e medio reddito in cui l'ipertensione è una patologia rara.

Considerando i risultati di questo studio, aggiustando il modello per le varie covariate considerate, e stratificando per l'uso o meno di antipertensivi e ipolipemizzanti, **la differenza nei**

valori medi di SBP e colesterolo tra casi e controlli risultava non influenzata dal trattamento con tali farmaci. Difatti, sebbene i coefficienti di interazione analizzati fossero più forti nel sottogruppo che non aveva ricevuto un trattamento antipertensivo o ipolipemizzante, le differenze non erano tuttavia sostanziali.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

Lo studio dimostra l'importanza del database HS, così come di tutti i database della Medicina Generale, nel poter studiare non solo i fattori di rischio legati all'insorgenza di demenza, ma anche come le variazioni temporali nei livelli di tali fattori si relazionino e si associno con lo sviluppo di tale condizione, e, di fatto, delineare possibili interventi basati proprio su tali risultati. In particolare, un maggiore e migliore monitoraggio dei livelli di alcuni dei fattori di rischio, i quali potrebbero essere sistematicamente e specificatamente monitorati nella pratica clinica. **Tale studio mostra, inoltre, l'unicità e la qualità del database HS, che al pari di altri database europei è stato selezionato e messo a disposizione nell'ambito di progettualità di caratura internazionale come il progetto EMIF.**

RICERCA INTERNAZIONALE

Identificazione e predizione del morbo di Alzheimer: uno studio basato sulla popolazione della Medicina Generale

Giulia Grande¹, Davide L. Vetranò^{1,2,3}, Francesco Mazzoleni⁴, Valeria Lovato⁵, Mario Pata⁵, Claudio Cricelli⁴, Francesco Lapi⁶

¹ Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden. ² Department of Geriatrics, Catholic University of Rome, Rome, Italy. ³ Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Fondazione Policlinico "A. Gemelli" IRCCS, Rome, Italy. ⁴ Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy. ⁵ Roche S.p.A, Monza, Italy; ⁶ Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Florence, Italy.

Tratto da: ***Dementia and Geriatric Cognitive Disorders***

Sito web: <https://www.karger.com/Article/Abstract/509379>

Il contesto

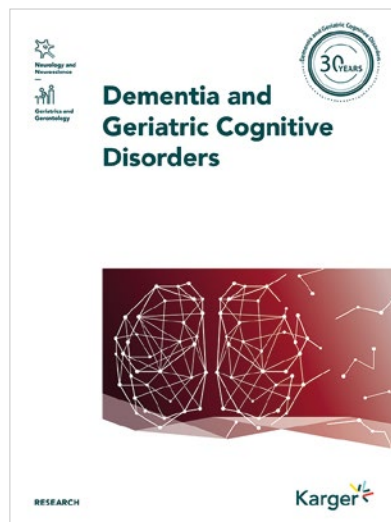
La demenza rappresenta una sfida importante per una società come la nostra che sta progressivamente invecchiando. Si prevede infatti che nel 2050 circa 130 milioni di persone saranno affette e vivranno con la demenza, determinando un sempre maggiore impatto sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

In questo contesto, il Medico di Medicina Generale (MMG) è, e sarà sempre di più, una delle figure centrali a disposizione del SSN. I MMG sono solitamente i primi operatori sanitari ai quali i pazienti o le loro famiglie si rivolgono in merito al loro stato di salute. Tutto ciò vale anche in seguito alla prima insorgenza dei disturbi della memoria.

In tal senso, i MMG hanno il compito di promuovere un approccio di tipo preventivo all'insorgenza di disfunzioni cognitive legate all'età e di indirizzare i pazienti a cure specialistiche in modo da garantire una diagnosi tempestiva. **Tuttavia, ad oggi vi è una carenza di linee guida ideate e incentrate sull'assistenza primaria che siano in grado di guidare e migliorare**

l'approccio diagnostico per le persone affette dalla malattia di Alzheimer (AD).

Su tali premesse, utilizzare i dati della medicina generale, come quelli presenti nel database Health Search (HS), permetterebbe di quantificare



e caratterizzare tale condizione nella popolazione generale, così da implementare le migliori strategie preventive nonché fornire una migliore assistenza alle persone a rischio di AD.

Lo studio

In tale scenario, lo studio aveva lo scopo di investigare l'occorrenza di AD, in termini di prevalenza e incidenza, nonché di identificarne i possibili predittori, impiegando i dati della medicina generale italiana.

A tale scopo sono stati utilizzati i dati contenuti nel database HS che raccoglie le informazioni di 800 MMG con dati validati su oltre 1 milione di assistiti.

Per valutare l'impatto epidemiologico di tale condizione è stata selezionata una coorte di pazienti con età ≥ 60 e presenti nel database al 31 dicembre 2016. Mediante specifici codici ICD9-CM sono stati identificati tutti i pazienti affetti da AD. Diversamente, per indentificare i predittori, è stato utilizzato un approccio dinamico, considerando quindi tutti i pazienti attivi tra l'inizio dell'anno 2002 e la fine del 2016. All'interno di questo periodo sono stati identificati tutti i casi di AD, nonché i rispettivi controlli (pazienti privi della malattia), tramite i quali è stato possibile indentificare i potenziali fattori predittivi l'insorgenza della patologia. Tali fattori comprendevano

variabili sociodemografiche, stile di vita, condizioni cliniche e trattamenti farmacologici riportati nella cartella clinica, nonché segni e sintomi tipici della fase prodromica della malattia. Infine, sono stati raccolti i dati sul Mini-Mental State Examination (MMSE) e sulle menomazioni nelle attività di base (ADL) e strumentali (IADL) della vita quotidiana. **Lo studio ha rilevato che, al 31 dicembre 2016, la prevalenza di AD si attestava allo 0,8%, variando dallo 0,1% tra i sessantenni al 2,4% tra i nonagenari. Complessivamente, sono stati identificati 1.889 casi incidenti di AD, per un tasso di incidenza dello 0,09% (valori compresi tra lo 0,02% nei sessantenni e lo 0,2% negli ottantenni).** Tale stima risultava inferiore a quanto previsto nella popolazione generale. **Tuttavia, i pochi studi pubblicati e basati sui dati delle cure primarie analizzavano la prevalenza e l'incidenza della demenza, mentre nessuno di questi effettuava analisi specificatamente sull'AD.** Inoltre, la bassa incidenza può dipendere anche da altri elementi, tra i quali il fatto che **l'AD è una malattia cronica progressiva caratterizzata da un declino cognitivo spesso sottile, e che conseguentemente la sua individuazione nella routine clinica quotidiana può essere difficile per i MMG.** Allo stesso modo, come dimostrato in altri studi, **i MMG potrebbero avere una maggiore difficoltà a riuscire a segnalare casi lievi di demenza, essendo più inclini a diagnosticare quei pazienti con stadi di malattia da moderati a gravi.** Infine, in Italia, **la diagnosi, la gestione delle cure farmacologiche, i servizi socio-assistenziali offerti alle persone con demenza e alle loro famiglie si basano principalmente sui centri specialistici.**

Per quanto concerne i segni e sintomi riscontrati in molti dei casi con AD identificati nel database, questi risultavano essere molto spesso antecedenti a quelli indicati dagli specialisti negli ultimi 1-2

anni prima della diagnosi. Tuttavia, **i restanti casi riportavano i primi segni e sintomi e/o erano stati visitati da uno specialista da 3 fino a più di 10 anni prima la diagnosi di AD. Tutto ciò, può dipendere dalla mancanza di indicazioni e/o di linee guida per la valutazione del deterioramento cognitivo nelle cure primarie con una conseguente riduzione della possibilità per i MMG di effettuare diagnosi tempestive e indirizzare i pazienti verso un'assistenza specialistica.**

Per quanto riguarda l'identificazione dei predittori di insorgenza di AD, molti di quelli studiati risultavano essere notevolmente associati con la diagnosi di tale condizione. In particolare, **la presenza di allucinazioni, agitazione, ansia, comportamento motorio aberrante e deficit di memoria mostravano una forte associazione con l'insorgenza di AD.** Alcuni di questi possono essere inquadrati nel contesto di un deterioramento cognitivo lieve, il quale può riflettere una diagnosi clinica precoce della demenza prodromica.

In merito alle comorbidità e ai trattamenti farmacologici considerati, una precedente diagnosi di depressione e diabete, nonché l'uso di aspirina a basso dosaggio e di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) risultavano essere tutti fattori associati ad una maggiore probabilità di diagnosi di AD. I sintomi neuropsichiatrici, sono comuni nel paziente con AD e possono far parte del quadro clinico della demenza, anche nelle sue fasi iniziali. **In particolare, la depressione sembra determinare uno squilibrio a livello ormonale, ridurre i volumi dell'ippocampo e compromettere il rilascio dei neurotrasmettitori che sono cruciali non solo nella regolazione dell'umore ma anche di diverse funzioni cognitive, come la memoria.**

Relativamente all'associazione tra uso di aspirina a basso dosaggio e

diabete con l'insorgenza di AD, è ben noto come le patologie cardiovascolari determinino lesioni cerebrovascolari, le quali contribuiscono all'atrofia cerebrale, alla neuro degenerazione e alla deposizione di amiloide tipica dell'AD. Diversamente, la presenza di disturbi notturni o un maggior carico di comorbidità risultavano negativamente associati con la diagnosi di AD.

Il contributo di Health Search alla ricerca medico-scientifica

Lo studio dimostra l'importanza del database HS per valutare l'impatto epidemiologico di una condizione complessa come l'AD, e di poterne analizzare e identificare i predittori a livello della popolazione generale, fornendo, quindi, uno strumento utile alla presa in carico precoce di tali pazienti, nonché permettendo di indirizzare il MMG verso le scelte terapeutiche migliori.

I risultati di questa analisi mostrano, ancora una volta, l'unicità del database HS che consente di individuare le caratteristiche maggiormente associate all'insorgenza di una patologia come l'AD, avendo a disposizione anche più di 10 anni di storia medica registrata.

Nonostante che dallo studio emerga la necessità di migliorare ulteriormente l'identificazione e la registrazione di tale condizione, **è possibile giungere alla conclusione che i dati della medicina generale rappresentano una fonte unica, preziosa e affidabile per lo studio di tutti quei fattori associati all'insorgenza di AD, tramite i quali è possibile indirizzare e ridurre i tempi di diagnosi a livello delle cure primarie.**

Quanto emerso dallo studio supporta l'idea che i dati inclusi nel database HS e raccolti da MMG qualificati, siano in grado di fornire informazioni utili in merito all'attività stessa dei MMG nonché sui sistemi sanitari, così da implementare le migliori strategie preventive e fornire una migliore assistenza alle persone a rischio di AD.

Collaborazioni e Progetti Nazionali



CEIS Tor Vergata

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

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

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

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

Il progetto nasce dalla necessità di potenziare e consolidare la modernizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prevista dal 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-2019

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-2018

Il Rapporto "L'uso degli antibiotici in Italia" 2018 descrive l'andamento dei consumi e della spesa di questa classe di farmaci nell'uomo e consente di identificare le aree di potenziale inappropriata. Le analisi riguardano l'uso degli antibiotici in regime di assistenza convenzionata, con focus sui consumi nella popolazione pediatrica e sulle prescrizioni di fluorochinoloni in sottogruppi specifici di popolazione. Oltre all'analisi sull'uso degli antibiotici in ambito ospedaliero, è stata inclusa anche quella sull'acquisto privato di antibiotici di fascia A e la valutazione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva. Nel gruppo di lavoro comprendente oltre ad AIFA, anche l'ISS, l'ARSS dell'Emilia Romagna e SIMG la quale ha sviluppato tramite Health Search/IQVIA HEALTH LPD indicatori atti a determinare su base regionale il profilo di appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale.

Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane

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



EMIF - Platform (European Medical Information Framework)

www.emif.eu

La raccolta di informazioni cliniche informatizzate ha conosciuto un forte aumento negli ultimi anni e svariati centri europei hanno creato banche dati contenenti informazioni genetiche e biologiche dei singoli pazienti. Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) si pone l'obiettivo di armonizzare informazioni differenti presenti sul territorio europeo, mediante una struttura integrata ed efficiente.

ENCEPP European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance

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

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

Panel Ricercatori HS
Produzione 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

Carte del Rischio
Mappatura del rischio per patologia

Simulazione scenari di Salute Pubblica

Modelli HS di predizione
Score predittivi di patologia

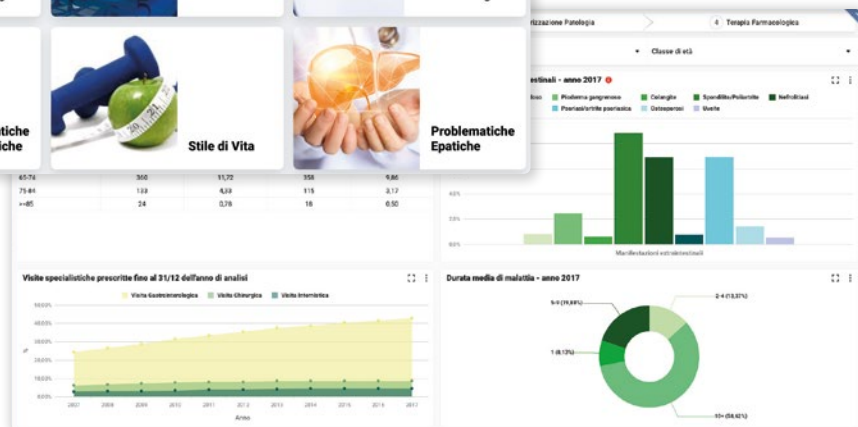
Richieste dei Ricercatori
Analisi ad hoc per pazienti

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

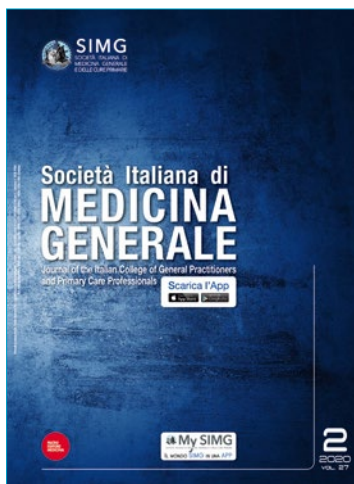
Valutazione del carico di lavoro in base ai contatti con gli assistiti e alle prestazioni erogate.



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



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.

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.