

38° Congresso Nazionale SIMG

Abstract

Progetto di supporto psicologico al MMG a rischio di burnout in pandemia COVID-19

Marco Araldi, Maria Milano, Mario Perini

INTRODUZIONE: L'emergenza sanitaria legata alla pandemia COVID 19 ha messo in luce in maniera drammatica la povertà di strumenti di analisi e supporto psicologico alla funzione curante, che dovrebbero al contrario essere fruibili e a disposizione di ogni professionista occupato nella cura della salute della persona. L'esperienza della difficoltà di gestione del rapporto medico paziente in questa situazione ha fatto emergere la consapevolezza che i processi di comprensione e adattamento al rischio pandemico infettivo e alla malattia stessa possono passare attraverso un processo di "mentalizzazione" della malattia stessa, sia da parte del paziente, che la interpreta come "brutta sorpresa", "aggressione", "vergogna" o "colpa", sia da parte del medico, che vive sentimenti di ansia, inadeguatezza, impotenza e frustrazione. Questa elaborazione del trauma pandemico deve potersi sviluppare come processo di evoluzione per il benessere del curante, per la sua identità professionale e anche per le sue relazioni di cura. Come insegna la Medicina Narrativa, la parola si rivela un fondamentale strumento di mentalizzazione, di cura e di auto-cura, e per l'opera di supporto di cui i medici hanno bisogno per una adeguata "manutenzione" del loro ruolo curante. In questo contesto è provata l'efficacia del gruppo, la cui capacità di pensare e di affrontare i problemi è in funzione della molteplicità delle persone che lo compongono.

METODI: La proposta del progetto è di incentivare e supportare la formazione di Gruppi di intervento, incentrati sulla relazione con i "pazienti difficili", finalizzati a creare uno spazio di supporto tra pari, gestito dai medici partecipanti con l'aiuto di un consulente-facilitatore. Gli obiettivi del gruppo sono in definitiva:

1. la costruzione di strategie per gestire i "pazienti difficili";
2. la riduzione del peso delle emozioni e della fatica del compito di cura;
3. lo sviluppo della capacità di ascolto;
4. la creazione e il mantenimento di una relazione terapeutica efficace tra medico e paziente.

Questo metodo si fonda su tre pilastri:

1. verbalizzazione: mettere in parole l'esperienza di disagio o traumatica la rende più tollerabile e più trattabile;
2. condivisione: parlare dell'esperienza in un gruppo di colleghi permette il confronto con le esperienze altrui, la riduzione della vergogna, della colpa o della rabbia;
3. apprendimento sull'uso delle emozioni: il lavoro di gruppo aiuta a scoprire che le emozioni del paziente come del curante anche se possono creare problemi sono "intelligenti", cioè che se si riesce a tollerarle e a esplorarle forniscono orientamenti e informazioni preziose per la relazione di cura.

CONCLUSIONI: L'aspettativa è quella di contenere al massimo gli effetti negativi che il personale sanitario impegnato nell'emergenza COVID-19 subirà nei prossimi anni per l'assai probabile insorgenza del disturbo post traumatico da stress (DPTS) e le conseguenti ricadute sul depauperamento di importanti risorse professionali nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale.

La gestione dell'incontinenza urinaria femminile nel setting della Medicina Generale

Michela Boccato

MMG, ULSS 2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

INTRODUZIONE: L'incontinenza urinaria colpisce la fascia di età tra i 20 e gli 80 anni, con una

prevalenza del 20% nella popolazione femminile. Questo dato è sottostimato in quanto spesso chi ne è affetto non riferisce il problema al medico curante.

Dell'incontinenza urinaria sono stati studiati i meccanismi fisiopatologici prevalenti e i fattori di rischio predisponenti. Le terapie a disposizione comprendono correzione degli stili di vita, terapia fisica riabilitativa, terapia farmacologica, chirurgica e l'impiego di ausili.

È stata creata nella Regione Veneto la Rete dell'incontinenza che ha lo scopo di prendere in carico i pazienti e trattarli a seconda del livello di complessità. Questa rete è composta al primo livello dal medico di medicina generale (MMG). Lo studio si propone di indagare ciò che attualmente viene effettuato in Medicina Generale relativamente alla questione dell'incontinenza urinaria femminile, analizzando la consapevolezza del problema, le conoscenze percepite dagli stessi MMG in merito e gli interventi attuati in campo anamnestico, diagnostico, terapeutico e di indirizzamento del paziente e le motivazioni che sottendono le scelte operate; con il fine di identificare gli ambiti in cui la presa in carico del MMG sia già adeguata e quelli in cui vada potenziata rispetto agli attuali e futuri standard.

MATERIALI E METODI: Lo studio effettuato è uno studio *cross-sectional* che valuta l'aderenza alle Linee Guida (LG) NICE 2019. Sono stati presi in considerazione i 480 MMG dell'ULSS 2, Marca Trevigiana.

Dei 58 questionari consegnati in forma cartacea ne sono stati compilati 25 (43,1%). Dei 362 questionari recapitati correttamente tramite e-mail e ne sono stati compilati 50 (13,8 %). Le variabili numeriche sono state confrontate tra gruppi con il test di Mann-Whitney (due gruppi) oppure il test di Kruskal-Wallis (tre o più gruppi). La correlazione tra variabili numeriche e' stata valutata con il coefficiente di correlazione di Spearman. È stato considerato statisticamen-

How to cite this article: 38° Congresso Nazionale SIMG - Abstract. Rivista SIMG 2021;28(6):73-96.

© 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>

te significativo un $p < 0.05$. L'analisi statistica è stata effettuata con R 4.0 (*R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria).

RISULTATI: Dall'analisi di correlazione è emerso con un p fortemente significativo ($p < 0,0001$) che l'aderenza alle LG è correlata a quanto i medici pensavano di conoscere e applicare le LG. Invece non emerge alcuna correlazione tra aderenza alle LG ed età del medico, sesso e anni di convenzione.

I MMG sono risultati efficienti nella ricerca dei fattori di rischio (sempre 40% + spesso 38%). Tra le cause che vengono ritenute potenzialmente trattabili spiccano le infezioni delle vie urinarie (94%), la stipsi (73%), il diabete mellito (70%), i farmaci (54%), la ridotta mobilità (46%) e la caffeina (36%). Risultano efficienti nella prescrizione dell'urinocoltura (viene prescritta in modo corretto nel 73% dei casi), nel dare indicazione sugli stili di vita, terapie comportamentali e fisioterapia, nel seguire gli effetti collaterali delle terapie (sempre 59,7% + spesso 22%) e nel non somministrare terapie la cui validità non è dimostrata (71%).

Buona è l'indagine della presenza di IU nei pazienti a maggior rischio (33% abbastanza + 32% spesso), la classificazione l'IU nelle sue forme (sempre 31% + 35% spesso), la valutazione delle aspettative di trattamento (sempre 25%, spesso 32%, talvolta 33%), l'impiego degli strumenti di imaging e diagnostica strumentale e l'appropriatezza nelle motivazioni di invio allo specialista. Le principali motivazioni che spingono il MMG a inviare il paziente al consulto specialistico sono la presenza di una massa pelvica (77%), il sospetto di malattia neurologica (70%), la presenza di globo vescicale dopo minzione (64%).

Scarsamente utilizzati sono invece i questionari validati specifici per l'IU (il 76% non li utilizza), il diario minzionale (il 56% non lo utilizza mai) e lo stick urine (talvolta 25% + mai 55%). Migliorabile è la gestione della terapia farmacologica di seconda linea, le indicazioni per l'impiego di ausili assorbenti e cateteri, l'uso del modulo regionale di prescrizione e l'impiego degli estrogeni intravaginali. Il 68% non conosce il centro di secondo livello di riferimento.

CONCLUSIONI: I punti dove emerge una più spiccata aderenza alle LG sono presenti in modo trasversale in tutti gli ambiti: anamnestico, diagnostico e terapeutico.

La gestione dell'IU attualmente praticata dai MMG è buona e superiore rispetto alla loro stessa percezione. Tuttavia ci sono dei margini di miglioramento che riguardano la ricerca attiva della patologia, l'impiego di strumenti standardizzati di inquadramento e la conoscenza delle potenzialità della rete di cura. A tale

scopo è auspicabile l'elaborazione di un PDTA dell'Incontinenza che fornisca un percorso concreto che guidi il medico nella sua decisione clinico/terapeutica e metta in risalto potenzialità e limiti del primo livello della Rete che il MMG rappresenta.

La misurazione dell'indice caviglia-braccio (ABI) in Medicina Generale

Michela Boccato

MMG, ULSS 2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

PRESUPPOSTI: L'AOAI è una condizione patologica frequente ma sottodiagnosticata. Si stima che a livello globale colpisca circa 200 milioni di persone. La prevalenza aumenta con l'età e raggiunge il 20% all'età di 80 anni. La proporzione tra sintomatici e asintomatici varia da 1:3 a 1:5. È una patologia in aumento a causa dell'invecchiamento, del diabete e del fumo. La mortalità ha raggiunto i 3.5 casi per 100.000 abitanti. Le terapie a disposizione comprendono l'attività fisica, la terapia medica e chirurgica. Attualmente gli strumenti di diagnosi comprendono l'anamnesi, l'esame obiettivo, la misurazione dell'indice caviglia braccio e il doppler degli arti inferiori. In Medicina Generale, considerando misurazioni effettuate da operatori non esperti, l'ABI misurato con metodo oscillometrico è più accurato di quello misurato con doppler portatile.

SCOPO: Lo scopo dello studio è di valutare la capacità di intercettazione dei pazienti affetti da AOAI nello studio del medico di medicina generale introducendo quegli strumenti di screening a basso costo che sono risultati efficaci nella letteratura. La finalità è quella di offrire la migliore terapia medica per controllare la progressione della patologia, prevenirne le complicanze e ridurre la mortalità.

MATERIALI E METODI: Lo studio è stato condotto nel mese di luglio 2021. Sono stati presi in considerazione i pazienti che sono affetti personalmente allo Studio Medico, che avessero almeno 50 anni, almeno un fattore di rischio cardiovascolare e che acconsentissero ad effettuare la misurazione dell'Indice Caviglia- Braccio (ABI). Sono stati esclusi i pazienti che avessero già diagnosi nota di AOAI.

I pazienti che hanno fatto accesso all'ambulatorio sono stati 429 di cui 280 con età superiore a 50 anni, quelli arruolabili sono stati 42.

Lo studio effettuato è uno studio *cross-sectional*, ideato per valutare la prevalenza di pazienti che risultano positivi all'indagine di screening per AOAI effettuata mediante misurazione dell'indice

ABI e indagine anamnestica tramite questionario di Edinburgo.

La misurazione dell'ABI è stata effettuata mediante il Health CardioLab, un misuratore automatico basato su meccanismo oscillometrico.

I dati numerici sono stati espressi come media. I dati categoriali sono stati espressi come frequenza assoluta e relativa (percentuale).

RISULTATI: Quattro pazienti sono risultati positivi alla misurazione dell'indice caviglia-braccio (ABI) (9,5%). Di questi uno solo è risultato positivo anche al Questionario di Edinburgo. Tre pazienti invece sono positivi solo al Questionario di Edinburgo e vengono considerati "sintomatici ABI-negativi". Trentacinque pazienti risultano "chiaramente negativi" in quanto negativi sia al Questionario di Edinburgo sia alla misurazione dell'ABI.

I pazienti sono stati per il 76% maschi e 24% femmine, con età media di 71 anni. Tra i fattori rischio: il 21% è fumatore, il 79% è iperteso, il 52,4% dislipidico e il 16,6% è diabetico. Il 38% dei pazienti presenta pregresse manifestazioni di aterosclerosi.

Il valori medi degli indici metabolici sono: glicemia 106 mg/dL, emoglobina glicata 43,6 mmol/mol, colesterolo totale 182 mg/dL, colesterolo HDL 56 mg/dL, colesterolo LDL 105 mg/dL, trigliceridi 106 mg/dL, creatinina 0,89 mg/dL, acido urico 5,1 mg/dL.

I pazienti sintomatici ABI-negativi sottolineano come la determinazione dell'ABI non sia sufficiente ad individuare tutti i potenziali pazienti. Allo stesso modo è nota la scarsa sensibilità della sola indagine anamnestica e dell'EO. Lo screening combinato ha permesso di individuare 7 soggetti (16,7%) con un'elevata probabilità di essere affetti da AOAI che sono stati sottoposti a conferma. Quattro pazienti hanno avuto conferma di AOAI mediante ecocolordoppler e la loro terapia è stata ottimizzata.

CONCLUSIONI: L'AOAI è una patologia sottodiagnosticata. L'età e la dislipidemia sono fattori di rischio confermati nel suo sviluppo.

La diagnosi di AOAI può essere fatta in Medicina Generale, in quanto la misurazione dell'ABI può essere effettuata facilmente, con una metodica non troppo dispendiosa dal punto di vista del tempo e dei costi. L'indicazione ad effettuare ulteriori indagini di approfondimento e/o conferma coinvolge solo una minoranza dei pazienti. Inoltre il "best medical treatment" può essere ottenuto tramite modifiche terapeutiche effettuabili o iniziabili nella Medicina Generale.

Progetto Italiano Red Map

M.G. Bonesi, S. Cernesi, A. Guerroni,
A. Salvetti

La SIMG ha attivato e desidera implementare un percorso finalizzato al miglioramento delle conoscenze e delle competenze dei medici di medicina generale (MMG) in ambito di fragilità e approccio palliativo. Il MMG dovrebbe saper affrontare un percorso articolato che nelle prime fasi prevede l'identificazione precoce, la comunicazione e la pianificazione condivisa delle cure. Tale percorso richiede una comunicazione strutturata, basata su un processo a tappe con una sequenza logica, che possa favorire l'espressione di desideri, preferenze, priorità. Questo processo di comunicazione può trovare supporto in uno strumento, validato a livello internazionale, che possa fungere da guida.

La Red Map è una guida, ideata in Scozia e in diffusione in tutto il Regno Unito, utilizzata, dopo una formazione dedicata, anche da *General Practitioner* per comunicare con i pazienti e familiari e procedere per step alla pianificazione condivisa delle cure. La guida scandisce la tempistica e i temi della conversazione e fornisce indicazioni pratiche e suggerimenti di frasi per poter condurre una buona conversazione con il paziente e i suoi familiari affinché si possa affrontare l'ultimo periodo della vita nella piena consapevolezza di tutto il nucleo familiare e nel rispetto della dignità della persona che sta morendo.

Un gruppo di MMGcpl ha curato la traduzione e l'adattamento culturale di Red Map con due obiettivi: l'apprendimento di una tecnica comunicativa strutturata e la possibilità di introdurla nella pratica quotidiana.

La bozza della versione italiana è stata sottoposta a un gruppo di revisori esterni (M. Bellani psicooncologo; L. De Panfilis bioeticista; M. Guarda Infermiera e C. Peruselli palliativista) e successivamente a due MMGcpi rappresentativi in ambito CP (M. Cancian, EAPC; E. Di Maggio, SICP).

Il gruppo di lavoro ha quindi definito la versione italiana di Red Map e l'ha presentata nel giugno 2021 durante una formazione on line, "Pillole", incontri brevi tra pari, con la presenza di esperti. Il percorso di traduzione e adattamento alla realtà italiana di Red Map è stato accolto come poster al Congresso della Società Europea di Cure Palliative (EAPC).

Prossimamente Red Map verrà testata in un progetto di ricerca sul territorio coinvolgendo progressivamente più aggregazioni di MMG.

L'uso del KDIGO-score in Medicina Generale

Bernardino Bruno

La malattia renale cronica (MRC) è uno dei maggiori problemi di salute pubblica, con un notevole impatto sanitario ed economico.

La causa più comune è la nefropatia diabetica, seguita dalla nefroangiosclerosi ipertensiva.

Dai dati Health Search, la prevalenza della MRC (GFR < 60 ml/min) è più del 5% della popolazione adulta; la maggior parte di questi pazienti sono nelle fasi iniziali della malattia e richiedono, pertanto, una diagnosi precoce e una terapia appropriata.

Nel 2003 è stato fondato l'organismo internazionale KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*) per promuovere il coordinamento internazionale delle conoscenze scientifiche finalizzato a migliorare la cura e i suoi risultati della MRC.

Il KDIGO-score è un algoritmo che permette di valutare il rischio di evoluzione della MRC utilizzando il dosaggio della creatinina, la GRF, secondo CKD EPI, e la microalbuminuria (Mic). Questo è uno strumento molto utile nella pratica clinica del Medico di Medicina Generale, visto che la sola creatininemia non ci permette di intercettare la MRC nelle fasi iniziali.

Nel Distretto Sanitario di Montereale, comunità montana della provincia di L'Aquila, abbiamo calcolato il KDIGO-score nei pazienti affetti da diabete mellito 2 (D2) e ipertensione arteriosa (IA) utilizzando i dati presenti negli archivi di Millewin degli ultimi 12 mesi.

Nei 4.516 assistiti analizzati, il 9,7% è in trattamento per D2 e il 32% per IA: nel 25% dei casi, le due patologie sono associate.

I pazienti con MRC sono l'8,6%; di questi il 35% sono diabetici e soltanto il 25% presentano un dosaggio sia della creatinina che della Mic. La Mic è presente nel 60% dei D2 e nel 15% degli ipertesi: purtroppo, % così basse ci permettono di valutare il KDIGO-score soltanto in una popolazione ristretta.

Nei 196 pazienti con D2 che è stato possibile esaminare, il rischio di evoluzione della MRC è alto o molto alto nel 22%, medio nel 22% e basso nel 56%.

Da questi dati preliminari, emerge che dobbiamo essere più accurati nella prescrizione degli accertamenti dei pazienti a rischio di MRC e, soprattutto, richiedere almeno una volta ogni anno la Mic sia nei diabetici che negli ipertesi.

Il KDIGO-score ci permette di valutare i nostri pazienti a rischio con un semplice clic, purché siano correttamente registrati i valori di creatinina, GFR e Mic.

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories		
				Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥ 90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	< 15			

L'incapacità cronica al lavoro a causa dell'asma bronchiale: l'importanza della "spirometria office" dal medico di medicina generale

Mario Calò

Medico di Medicina Generale di Cesena, AUSL della Romagna

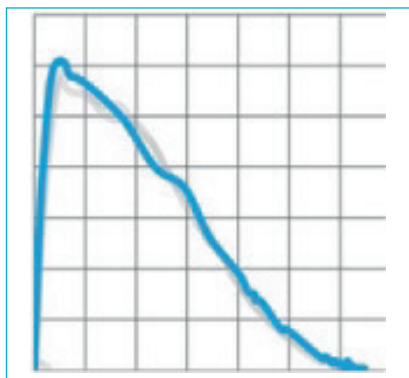
INTRODUZIONE: Anche se siamo in Europa, ogni Paese ha il suo servizio sanitario, spesso assai diverse da quelle vigenti in Italia. In Polonia, se si soffre di asma bronchiale, con frequenti assenze dal lavoro, può accadere di essere dichiarati inabili temporaneamente al lavoro, per poi diventare invalidi civili e pre-pensionati all'età di 60 anni in modo permanente.

CASO CLINICO: Jozef, polacco di origine, 60 anni, vive in Italia ormai da 15 anni. Soffre di asma bronchiale da anni, in trattamento farmacologico. Di ritorno dall'ultimo viaggio in Polonia, Jozef è triste poiché la terza e ultima revisione alla Commissione Invalidi del Lavoro del suo paese gli ha tolto irrevocabilmente la possibilità di lavorare, sebbene riconoscendogli la pensione minima per gli invalidi civili. La sua asma bronchiale è stata considerata invalidante a causa degli accessi di tosse convulsiva, spesso difficilmente coercibili, accompagnati dalla necessità di uscire all'aria aperta; spesso gli procurano rigurgito di abbondanti quantità di muco, se non vomito. Gli accessi di tosse nel tempo si sono cronicizzati malgrado la terapia: assume regolarmente terapia inalatoria ICS + LABA bid + Montelukast 10 mg cp la sera¹. Al rientro dalla Polonia, ove è stato ricoverato per una recente polmonite interstiziale da COVID 19, ha dovuto anche cambiare medico di medicina generale (MMG) perché il suo è andato in pensione per età. Nell'ambulatorio del nuovo medico, ove dalla data del rientro in Italia si reca spesso anche per farsi conoscere e prescrivere i soliti farmaci, gli viene proposto di eseguire una spirometria "office" (Fig. 1) poiché il nuovo MMG ha aderito a un progetto regionale di *case finding* su asma, BPCO e ACOS. Solo da poco il MMG ha ripreso la raccolta dei dati, sospesa in periodo COVID-19. Jozef accetta di buon grado di sottoporsi all'esame, che non ricorda di aver mai eseguito in precedenza. La spirometria di Jozef è nei limiti per età (Fig. 2), sebbene inficiata da artefatti dovuti alla tosse da sforzo espiratorio. Il MMG in considerazione della sintomatologia acuta persistente decide di indagare le possibili altre cause di tosse cronica di Jozef^{2,3}: spirometria globale e visita pneumologica, visita ORL con fibroscopia a

FIGURA 1.
Nuvoair spirometro con sonda Spiromir.



FIGURA 2.
Curva spirometrica nei limiti con artefatto di tosse.



FO, visita gastroenterologica con EGDS, visita allergologica.

Referto di visita ORL: limite linguistico (non accompagnatore) la FO delle vie aeree evidenzia: ampia perforazione settale OF, segni indiretti di gerd CCV a norma e normomobili. Disfonia e saltuaria afonia da conversione. Si programma terapia logopedica. Si consiglia EGDS.

Referto di visita pneumologica: controllo in pregressa polmonite COVID: TC torace (HRTC). Quesito clinico: controllo a 3 mesi post COVID. Al controllo odierno non risultano apprezzabili aree consolidative o segni di *ground-glass*, con completa risoluzione dei reperti precedentemente apprezzabili. Non versamento pleurico. Non significative linfadenomegalie ilo-mediastiniche. No Rx di controllo. Evidenza eco di minima raccolta fluida, no *comet tail*, no aree di addensamento ecografico associate a *ring down*. Asma bronchiale in trattamento. Tosse secca stizzosa; non risvegli notturni con fame d'aria; respiro sibilante; raucedine. SO₂ in aria 98 % FC 85. PFR: nella norma, riduzione dei flussi periferici. OT MV normotrasnesso; sibili telerespiratori. Prosegue terapia già in uso: 1 puff x 2; 2 puff x 2 ai cambi di stagione e se riacutizzazione;

continua montelukast e/o antistaminico al bis. Completare vaccinazione antipneumococcica. Deve smettere di fumare. Non necessita di ulteriori controlli radiologici. FU eco (stessa mano felice). Ripresa dell'abituale attività fisica.

EGDS: riprogramma in sedazione. Il secondo esame eseguito per via nasale per pregressa intolleranza: nulla a carico dell'esofago. Cardias in sede, tonico, agevolmente superabile. Stomaco rivestito da mucosa iperemica in antro. Si eseguono biopsie multiple in antro-angolus. Plliche normodistensibili; perstalsi valida. Pilofo pervio, transitabile. Parete anteriore del bulbo deformata per la presenza di diverticolo. Nulla a carico di D2.

Conclusioni diagnostiche: gastrite antrale. esiti cicatriziali di pregressa ulcera duodenale. Tali referti hanno imposto un regime dietetico, abolizione del fumo e un protocollo di FKT respiratoria⁴, nonché una terapia con inibitori di pompa a pieno dosaggio: esomeprazolo 40 mg bid, sucralfato 1 bust x 3/die con miglioramento del sintomo tosse con accessi ormai sporadici e occasionali legati all'assunzione di alcuni cibi acidi (succo ACE, cipolla, alcool e vino bianco).

DISCUSSIONE: La diagnosi di asma bronchiale richiede sempre l'esecuzione di una spirometria, così come per una ristadiatione nel FU. In un test dubbio o nei limiti, poi, si impone anche un test di provocazione alla metacolina previa sospensione della terapia in corso.

CONCLUSIONI: Nel caso specifico, il sorprendente risultato negativo della spirometria "office", ha imposto una ridefinizione della diagnosi, che è risultata essere di tosse cronica idiopatica aggravata dalla comorbidità del GERD, migliorato dopo trattamento specifico. Sebbene Jozef goda di questo temporaneo benessere, sembra poco verosimile una revisione della invalidità civile e una riammissione nel mondo lavorativo. Approfittando del fatto che sua moglie lavora come infermiera professionale in RSA, ultimamente si è dedicato a tempo pieno al volontariato.

Bibliografia

- GINA Global Iniziative for asthma Global strategy for Asthma management and prevention. Adattamento GINA Italia 2020-2021.
- Irwin RS, French CL, Chang AB, et al. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest 2018;153:196-209.
- Zanasi A, Fontana GA, Mutolo D Caught: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. Springer Nature 2020.
- Crifasulli E, et al. Raccomandazioni italiane sulla Pneumologia Riabilitativa. Evidenze scientifiche e messaggi clinico-pratici: Articolo di sintesi di un gruppo di esperti. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2015;30:250-263.

Lichen planus/lichen sclero-atrofico: indagine epidemiologica provinciale

Eunice Marie Pia Cirella

INTRODUZIONE: Il *lichen planus* è una malattia infiammatoria cronica immuno-mediata che colpisce cute, cuoio capelluto, unghia, mucose orale e genitale. La localizzazione cutanea si caratterizza per la presenza di papule purpuriche, pruriginose, localizzate ai polsi, superfici flessorie di avambracci, gambe, area presacrale. Il *lichen sclerosus* genitale è una patologia infiammatoria cronica caratterizzata da rilevante impatto sulla qualità di vita dei pazienti. La sintomatologia è caratterizzata da prurito, bruciore, disturbi della sfera sessuale e urologica; può verificarsi un progressivo sovvertimento strutturale dei genitali, soprattutto nel sesso femminile. L'obiettivo principale dell'indagine è stato quello di valutare la prevalenza delle patologie nel setting della Medicina Generale, analizzando i dati epidemiologici della provincia di Foggia. L'endpoint secondario analizza il rischio metabolico associato.

MATERIALI E METODI: I dati sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche dei medici di medicina generale (MMG) di Foggia. I dati riguardavano sesso, età, glicemia a digiuno, HDL, trigliceridi, valori di pressione arteriosa, circonferenza vita di pazienti con diagnosi clinica e/o biotipica di *lichen planus* e sclero-atrofico.

RISULTATI: I MMG della provincia di Foggia coinvolti sono stati 15 per un campione di 18759 pazienti. Sono stati identificati 6 pazienti con *lichen planus*, di cui due pazienti con coinvolgimento orale, due con interessamento al cuoio capelluto, un paziente con lichen cutaneo, una paziente con lichen vulvare. Quattro risultavano essere di sesso femminile e due di sesso maschile. L'età media alla diagnosi risultava essere di 60 anni. Nessuno presentava sindrome metabolica. Sono stati identificati 5 pazienti con diagnosi di lichen sclero-atrofico, dei quali tre risultavano avere coinvolgimento prepuziale e due interessamento vulvare. Due pazienti presentavano sindrome metabolica. L'età media risultava essere di 60 anni.

CONCLUSIONI: Considerando che la prevalenza globale del *lichen planus* è compresa tra lo 0,22% e il 5%, la prevalenza della stessa in provincia di Foggia (0,031%) risulta sottostimata. Considerando che le stime di prevalenza del lichen sclero-atrofico in pazienti di sesso femminile è sopra il 3% e in pazienti uomini dello 0,07%, la prevalenza di questa patologia in provincia di Foggia risulta sottostimata (0,01% per donne e 0,015% per uomini). Sarebbe opportu-

no, pertanto, migliorare la registrazione dei dati nel setting della Medicina Generale e inviare tempestivamente al dermatologo i casi sospetti di *lichen planus*/lichen sclero-atrofico, prestando maggiore attenzione a queste due condizioni patologiche.

Analisi degli effetti della pandemia sulla prescrizione di antidepressivi in un ambulatorio di Medicina Generale

Francesca Corrado, Tecla Mastronuzzi

SIMG Bari

INTRODUZIONE: La pandemia di COVID-19 rappresenta un evento traumatico senza precedenti che sta influenzando i sistemi sanitari, economici e sociali in tutto il mondo. Le evidenze dei mesi scorsi non lasciano dubbi sull'impatto che sia la pandemia sia le misure di contenimento hanno avuto sulla salute mentale. La situazione generale ha portato in primo piano paure, sfiducia, preoccupazioni, rabbia, frustrazione e tristezza assieme alla sensazione di essere immersi in un sistema non in grado di gestire l'emergenza, di rassicurare adeguatamente sui pericoli e di proteggere a sufficienza dai danni.

Questo scenario ha creato/slatentizzato le condizioni di base per lo sviluppo dei sintomi e dei disturbi che portano alla richiesta di sollievo attraverso l'uso di psicofarmaci.

OBIETTIVI: Descrivere e analizzare l'andamento

delle prescrizioni di antidepressivi in un ambulatorio di un medico di famiglia della città di Bari.

MATERIALI E METODI: Sono stati estratti dal software gestionale di un medico di famiglia (campione di 1570 pazienti) il numero di prescrizioni di antidepressivi per uso orale (Classe ATC N06A) del I semestre del 2019, del 2020 e del 2021. Le molecole considerate sono state amitriptilina, citalopram, duloxetina, escitalopram, mirtazapina, paroxetina, sertralina, trazodone, venlafaxina, vortioxetina. Sia della classe ATC che delle singole molecole sono state calcolate la media, la differenza tra le medie (delta assoluto) e la differenza in percentuale tra le medie (delta relativo).

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

DISCUSSIONE: Il nostro studio ha documentato un incremento di prescrizione in termini di delta relativo del 3,7% nel 2020 rispetto al 2019, mentre nel 2021 è presente un incremento del 3,9% rispetto al 2019 ma solo dello 0,08% rispetto al 2020. Questo dato dimostra come la pandemia abbia aumentato la richiesta di un supporto psicologico che il medico di medicina generale (MMG) ha riversato prevalentemente in campo farmacologico rispetto all'era pre-pandemica, dato però rimasto costante nel 2021, senza un significativo incremento. Analizzate le prescrizioni delle singole molecole si evidenzia che risultano sensibilmente aumentate, rispetto al 2019, di duloxetina (+9,2%), paroxetina (+6,8%), sertralina (+14,6%) e venlafaxina (+20,5%); sensibilmente ridotta invece è la pre-

TABELLA I.

	2019	2020	2021
Tot I semestre (media)	338 (56,3)	411 (68,5)	413 (68,8)
Delta assoluto (differenza tra le medie)	-	+ 12,2 rispetto 2019	+ 12,5 rispetto 2019 + 0,3 rispetto 2020
Delta relativo (differenza in percentuale tra le medie)		+ 3,7% rispetto 2019	+ 3,9% rispetto 2019 +0,08% rispetto 2020

TABELLA II.

	2019	2020	2021	2021-2019	2021-2020
Amitriptilina	25 (4,2)	49 (8,2)	36 (6)	+7,2%	-4,5%
Citalopram	11 (1,8)	7 (1,2)	5 (0,8)	-9,1%	-5,7%
Duloxetina	26 (4,3)	31 (5,2)	40 (6,7)	+ 9,2%	+4,8%
Escitalopram	71 (11,8)	71 (11,8)	58 (9,7)	-3%	-3%
Mirtazapina	10 (1,7)	19 (3,2)	15 (2,5)	+10%	-3,6%
Paroxetina	29 (4,8)	25 (4,2)	41 (6,8)	+6,8%	+10,4
Sertralina	28 (4,7)	45 (7,5)	53 (8,8)	+14,6%	+2,8%
Trazodone	86 (14,3)	97 (16)	88 (14,7)	+0,4%	-1,3%
Venlafaxina	22 (3,7)	36 (6)	49 (8,2)	+20,5%	+6,1
Vortioxetina	19 (3,2)	31 (5,2)	28 (4,7)	+7,9%	-1,6%

scrizione di citalopram (-9,1%) ed escitalopram (-3%). La vortioxetina è stata prescritta di più nel 2020 rispetto al 2019 ma non ha mostrato un incremento nel 2021. Sebbene in questi anni le condizioni dettate dagli eventi pandemici hanno fortemente minato il benessere mentale di tanta parte della popolazione, contemporaneamente ci sono stati ostacoli all'accesso delle cure specialistiche psichiatriche e questo probabilmente costituisce almeno in parte la spiegazione dei nostri dati. Riteniamo inoltre che la consapevolezza del disagio mentale potrebbe essere più tardiva rispetto al decorso della pandemia e pertanto continueremo a seguire i dati prescrittivi dell'ATC N06, coinvolgendo un maggior numero di medici. Sarà interessante inoltre valutare la stratificazione delle prescrizioni per fascia d'età e classe sociale (tipologia lavorativa) dei pazienti.

I dati real-life nella gestione del paziente asmatico: analisi di una survey in Medicina Generale

Angelo Crescenti, A. Belvedere,
R. Scoglio, S. Inferre, U. Alecci,
Renato Crescenti, Francesco Crescenti
SIMG Messina

L'asma, secondo GINA, colpisce circa 300 milioni di persone nel mondo, vale a dire una ogni 20. In Europa ci sono circa 30 milioni di asmatici, la prevalenza in Italia è del 4-6%. L'OMS stima che l'asma sia ancora responsabile di circa 250 mila decessi l'anno. Nella gestione dell'asma i capisaldi sono il controllo dei sintomi e la riduzione dei rischi futuri. Nonostante il miglioramento delle strategie terapeutiche nel controllo della malattia asmatica, negli ultimi anni si è notato un incremento dei casi di asma non controllato. Per questo motivo appare fondamentale conoscere i dati real-life della gestione del paziente. Alla luce dei dati suddetti si è voluto condurre una survey che ha coinvolto il gruppo di ricerca SIMG di Messina, per delineare il management del soggetto asmatico. Obiettivo della ricerca è quello di: a) conoscere la prevalenza nella nostra popolazione dei soggetti con asma, b) conoscere il comportamento del medico di medicina generale (MMG) nella gestione di questi pazienti e valutare, attraverso alcuni parametri il controllo o meno della malattia e riconoscere l'asma grave (utilizzo questionari, spirometria, eosinofilia, terapia farmacologica; aderenza; valutazione del controllo della malattia, accesso in PS, terapia cortisonica sistemica, utilizzo di farmaci biologici).

MATERIALI E METODI: La survey ha coinvolto la popolazione afferente agli studi di Medicina Generale del gruppo di ricerca SIMG (finora

hanno contribuito 13 medici per una popolazione di circa 17000 soggetti). La survey è strutturata in dieci quesiti: numero assistiti, numero soggetti asmatici, valutazione del controllo della malattia, utilizzo di questionari (ACT, ACQ), utilizzo della spirometria, controllo dell'eosinofilia, accessi in PS negli ultimi dodici mesi, utilizzo di cortisonici orali o per via sistemica nell'ultimo anno, utilizzo di ICS o ICS/LABA, periodi di utilizzo di ICS o ICS/LABA, utilizzo di farmaci biologici.

RISULTATI E CONCLUSIONI: Lo studio ha rilevato la prevalenza del 3,9% di soggetti asmatici. I MMG hanno risposto per il 54% che il controllo della malattia si ha nel 50% dei casi, solo il 39% somministra i questionari nel 30-50% dei soggetti, il 50% utilizza la spirometria nel 50-70% degli asmatici e il 47% dichiara che il controllo dell'eosinofilia lo effettua raramente. Il 38% dei medici riferisce che i pazienti hanno fatto ricorso al PS nell'ultimo anno per almeno 1-5 volte, il 23% risponde che i pazienti utilizzano CSO da 3 a 5 volte nell'ultimo anno. Il 70% dei medici risponde che questi soggetti utilizzano ICS o ICS/LABA per il 50-70% e il 61% afferma che la terapia viene effettuata per sei mesi l'anno. E infine il 46% dei medici risponde che hanno in carico da 1 a 3 soggetti che utilizzano farmaci biologici. Questi dati sottolineano ancora una volta come il paziente asmatico non raggiunge un buon controllo della malattia (50%) e non è sufficiente l'aderenza farmacologica, e molti pazienti ricorrono ancora a terapia cortisonica orale o sistemica e accedono ai PS, i medici utilizzano poco i questionari, la spirometria e il conteggio degli eosinofili. Dai dati suddetti e dal fatto che il 46% dei medici ha in carico soggetti sottoposti a terapia con biologici, si evidenzia che molti pazienti sono affetti da asma grave.

Questionario abruzzese su campagna vaccinale anti-COVID-19

Gianluca Costante, Alfredo Ladisa,
Pio Pavone
SIMG Pescara

INTRODUZIONE: Il secondo atto della pandemia da COVID-19 ha visto l'avvento dei vaccini approvati dagli enti regolatori uno dopo l'altro e ogni regione si è organizzata per svolgere la campagna vaccinale coinvolgendo a corrente alternata i medici di medicina generale (MMG). In Abruzzo è stato somministrato ai MMG un questionario anonimo composto di 27 item al fine di identificare quanti di loro abbiano aderito alla campagna vaccinale, quanti pazienti abbiano vaccinato, che percentuale della loro popo-

lazione sia stata vaccinata e se in previsione di una eventuale terza dose rivaccinerebbero nelle stesse modalità.

MATERIALI E METODI: Questionario somministrato:

1. Da quanti anni hai la convenzione in Medicina Generale?
2. Dove eserciti la tua professione come MMG?
3. Indica il sesso
4. Quanti assistiti hai?
5. Hai aderito alla campagna vaccinale per il vaccino anti COVID-19?
6. Se hai risposto SI alla precedente domanda dove hai effettuato le vaccinazioni anti COVID-19?
7. Se dovesse rendersi necessaria una terza dose saresti disposto a vaccinare i tuoi pazienti
8. Se non sei più disposto a effettuare i vaccini indica la motivazione?
9. Escludendo i pazienti sotto i 12 anni, sai indicare la percentuale dei tuoi pazienti vaccinati con la prima dose anti COVID-19?
10. In base alla domanda n 9, indica come hai reperito i dati
11. Se hai scelto non so alla domanda n 9 indicane la motivazione?
12. Escludendo i pazienti sotto i 12 anni, sai indicare la percentuale dei tuoi pazienti vaccinati con la seconda dose anti COVID-19?
13. In base alla domanda n 12 indica come hai reperito i dati?
14. Se hai scelto non so alla domanda n. 12 indicane la motivazione?
15. Quanti pazienti in totale hai vaccinato personalmente?
16. Sul totale dei tuoi pazienti che risulta essere vaccinato, che percentuale rappresenta la quota dei pazienti da te vaccinati?
17. Ti sei sentito soddisfatto nell'aver contribuito alla campagna vaccinale?
18. In percentuale quanti tuoi pazienti hanno avuto reazioni avverse lievi (mialgie diffuse, dolore articolare, febbre, diarrea, vomito)?
19. In percentuale quanti tuoi pazienti hanno avuto reazioni avverse gravi?
20. Hai effettuato la comunicazione degli eventi avversi post vaccino?
21. Se hai risposto NO alla precedente domanda, perché non hai inviato comunicazione di eventi avversi?
22. Con che frequenza hai registrato sul tuo gestionale di studio i pazienti vaccinati da te?
23. Con che frequenza hai registrato sul tuo gestionale di studio i pazienti vaccinati dagli Hub vaccinali?
24. Quanta difficoltà hai riscontrato nel reperire i vaccini per COVID-19 nella tua ASL?
25. Quante ore settimanali in più hai lavorato

ai fini della vaccinazione COVID-19 che hai effettuato?

26. Hai coinvolto personale di studio nella campagna vaccinale?
27. Quanto ti sei sentito coinvolto dalle istituzioni come MMG nel far parte della campagna vaccinale anti COVID-19?

RISULTATI: Hanno risposto per ora 20 colleghi di Medicina Generale Abruzzesi.

I dati preliminari emersi a nostro avviso sono interessanti poiché si evince come a fronte di una chiamata alle armi senza una organizzazione strutturale la maggior parte dei colleghi di Medicina Generale ha fatto ciò che poteva per vaccinare i propri assistiti, spesso lavorando da soli come dichiarato dal 55% dei colleghi e lavorando tra le 5 e le 10 ore settimanali in più per il 35% degli intervistati. Tutto questo a fronte anche di una percentuale tutto sommato esigua rispetto al totale dei pazienti vaccinati ove ben il 45% ha dichiarato di aver effettuato personalmente la vaccinazione in meno del 10% dei pazienti totali. Analizzando anche le altre domande poste in essere come la n 20 e la n 21 il 55% dei colleghi non ha comunicato le reazioni avverse al vaccino COVID-19 e il 44,4% di loro dichiara di non averlo fatto per mancanza di tempo mentre il 33% non sa come fare. Nelle risposte alle domande 5 e 6 quasi un collega su tre si dichiara di non essere più disposto a vaccinare i propri assistiti adducendo nel 60% dei casi come motivazione principale la mancanza di personale di studio, nel 20% la troppa burocrazia e un altro 20% la mancanza di tempo. Viene quindi fuori un quadro di difficoltà operativa-gestionale che ha reso difficoltosa l'integrazione dei MMG nella campagna vaccinale in un sistema per nulla integrato.

CONCLUSIONI: Dal nostro questionario è emersa una carenza strutturale notevole del sistema delle cure primarie abruzzese, un sistema iper-burocratizzato, non informatizzato a sufficienza, non integrato con gli altri attori del SSN, dove sta sempre alla volontà del singolo medico con le risibili risorse messe a disposizione barcamenarsi in qualunque modo per riuscire a dare la migliore assistenza vaccinale possibile ai propri assistiti. Auspichiamo che questo venga considerato per riformare l'intero sistema di cure primarie.

Mission SIMG nella pandemia da SARS-CoV-2. Formazione, Aggiornamento, Comunicazione

Claudio Cricelli, Maria Fustaneo,
Luigi Galvano, Ignazio Grattagliano

Dal febbraio 2020 l'arrivo dell'infezione da SARS-CoV-2 in Italia ha messo a dura prova il

nostro SSN che si è trovato impreparato a fronteggiare un'emergenza sanitaria dovuta a un agente infettivo del tutto sconosciuto. L'attività di ricerca e di comunicazione è stata spasmodica nel susseguirsi dei mesi e a questa non è venuta meno la SIMG che è stata pronta nel fornire il suo contributo a tutta la sanità italiana sin dai primi giorni della pandemia attraverso la pubblicazione di documenti scientifici, la ricerca, la comunicazione efficace alla classe medica e alla popolazione.

Il confronto fra le crescenti evidenze della Medicina Generale e l'analisi dei dati relativi alla gestione e al contenimento dell'infezione in altri stati in cui il virus si era già diffuso, mietendo numerose vittime, ha indotto la SIMG già prima che il "paziente 0" fosse identificato, a stilare un protocollo d'intesa (primo in Italia) con la SIMT per il triage del paziente sospetto, il monitoraggio e l'approccio scientificamente sensato al trattamento domiciliare dei casi COVID-19. Successivamente, già nei primi giorni dalla proclamazione dello stato di emergenza nazionale, la SIMG stilava le prime linee guida sulle indicazioni all'ospedalizzazione basata sul rilevamento di parametri clinici diretti e indiretti in una situazione resa ancor più drammatica per la carenza di DPI. Nel corso dei mesi il contributo della SIMG è esponenzialmente incrementato e tessendo rapporti con altre società scientifiche e con le istituzioni (ISS, Ministero, Assessorati regionali) sono state prodotte diverse pubblicazioni, FAD, webinar per garantire la costante formazione e l'aggiornamento nei confronti di una malattia le cui conoscenze sugli aspetti fisiopatologici e di conseguenza sulle normative atte a prevenire la diffusione dell'infezione, venivano aggiornate quasi quotidianamente. Il tutto per evitare di lasciare disarmato e isolato senza input di ricordo e aggiornamento il medico di medicina generale (MMG).

Dal mese di febbraio 2020 la SIMG ha prodotto più di 50 tra documenti e pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali, alcuni dei quali in collaborazione con altre società scientifiche trattando svariati temi, dalle vaccinazioni alla gravidanza alla gestione dell'infezione nelle scuole, dalle terapie domiciliari all'uso degli anticorpi monoclonali. Sono inoltre state elaborate infografiche per cercare di "tradurre" le circolari ministeriali in messaggi che il MMG potesse fruire agevolmente nella pratica clinica. Molti articoli di quotidiani e quotidiane interviste radiofoniche e televisive hanno visto la partecipazione incessante della SIMG come punto di riferimento autoritario nella diffusione della corretta informazione. La formazione nei confronti dei MMG è stata costante con la produzione di oltre 25 corsi di formazione ECM in forma sincrona e asincrona,

numerossime video-pillole e la condivisione di documenti di approfondimento relativi ai vari aspetti dell'infezione da COVID-19.

Il lavoro svolto dalla SIMG, oggi molto apprezzato dalle stesse istituzioni, dimostra come la Medicina Generale non ha mai arretrato venendo meno ai propri compiti davanti all'emergenza sanitaria, ma che ha di contro avuto un ruolo attivo nel contrasto della pandemia con un continuo lavoro di ricerca e studio al fine di offrire la migliore assistenza al cittadino basata sulle evidenze scientifiche, il ragionamento clinico e le competenze acquisite.

La POCUS nella miopericardite vaccino COVID-19 correlata: un case report

S. Dubini, M. Monti

SIMG Varese

INTRODUZIONE: La miopericardite è una complicanza rara dei vaccini anti-COVID-19 a mRNA: il sospetto diagnostico e la diagnosi precoce da parte del medico di medicina generale (MMG) risultano fondamentali per avviare un trattamento appropriato ed evitare complicanze maggiori come il tamponamento cardiaco.

MATERIALI E METODI: Il paziente è stato inquadrato tramite visita clinica, elettrocardiogramma ed ecografia cardio-toracica e addominale nello studio del MMG all'esordio dei sintomi; il follow-up si è svolto tramite esami ematochimici e ripetizione della POCUS cardio-toracica a 7 giorni.

RISULTATI: In data 30/7/2021 M.L., uomo di 23 anni con pregressa pericardite virale a eziologia ignota (marzo 2020), viene valutato dal MMG per comparsa di dolore toracico esacerbato dagli atti respiratori. Circa 15 giorni prima si era sottoposto alla prima dose di vaccino Spikevax (Moderna). All'esame obiettivo generale presentava rari sfregamenti pericardici; la POCUS, eseguita dal MMG, mostrava versamento pericardico di lieve entità (spessore massimo 0,83 cm in proiezione sottocostale). L'elettrocardiogramma, eseguito nello studio del MMG e refertato in telemedicina, non mostrava alterazioni compatibili con pericardite acuta. In accordo con il cardiologo di riferimento, si impostava una terapia con indometacina e colchicina che, a distanza di 7 giorni, conduceva a pressoché completa scomparsa dello scollamento pericardico e netto miglioramento della sintomatologia. Anche la proteina C reattiva che risultava incrementata in un prelievo ematico effettuato il 05/08/2021 (14,60 mg/L, con valori normali < 5,00 mg/L), si normalizzava in data 12/08/2021 (1,10 mg/L). In data 23/08/2021 veniva eseguita visita spe-

cialistica cardiologica con ecocardiografia che confermava incrementata rifletenza del foglietto pericardico posteriore in assenza di versamento pericardico: lo specialista consigliava mantenimento della terapia impostata fino al completamento del ciclo vaccinale.

CONCLUSIONI: Gli enti regolatori Europei e Statunitensi stanno eseguendo le opportune indagini riguardo alla correlazione tra vaccini COVID-19 a m-RNA e miopericardite: i primi studi suggeriscono che l'incidenza è maggiore tra i 12 e i 39 anni e nei soggetti di sesso maschile¹. Il picco si osserva a 7 giorni dalla seconda dose. Nella maggior parte dei casi la malattia si presenta in forma lieve e risponde prontamente a terapia medica: il rapporto rischio-beneficio del vaccino resta dunque indiscusso^{2,3}. L'andamento clinico del paziente oggetto del case-report conferma i dati a oggi disponibili in letteratura: il paziente presentava anche gli esiti di una pregressa forma a eziopatogenesi virale mostrandosi dunque particolarmente predisposto all'insorgenza di tale complicanza. Le sierologie virali eseguite nella primavera 2020 non si erano mostrate dirimenti e non era stata presa in considerazione una virosi da SARS-CoV-2. La diagnosi precoce, anche tramite l'ausilio della POCUS, e il trattamento tempestivo si mostrano fondamentali sul territorio per evitare ospedalizzazione e complicanze maggiori.

Bibliografia

- Gargano JW, Wallace M, Hadler SC, et al. Use of mRNA COVID-19 vaccine after reports of myocarditis among vaccine recipients: update from the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:977.
- Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html> (Accessed on July 23, 2021).
- Verma AK, Lavine KJ, Lin CY. Myocarditis after COVID-19 mRNA Vaccination. *N Engl J Med* 2021.

La prescrizione degli antibiotici in Medicina Generale nel I semestre 2021

Maria Angela Elefante, Tecla Mastronuzzi

INTRODUZIONE: Gli antimicrobici hanno rappresentato una delle svolte più significative in medicina. Tuttavia negli ultimi anni l'Organizzazione mondiale della sanità sta monitorando il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza (AMR) ed evidenziando come aumentino a livello globale i tassi di resistenza ad antibiotici usati nella pratica di tutti i giorni per infezioni molto comuni.

L'AMR è una vera minaccia per la salute pubblica e per l'economia di tutti i Paesi. I dati ci mostrano una costante crescita delle ospedalizzazioni e morti determinate da questo fenomeno, 33000 ogni anno in Europa. Purtroppo, la pandemia da COVID-19 ha innescato meccanismi che possono aver accentuato il fenomeno. Nei pazienti ospedalizzati per COVID-19 sono stati ampiamente usati antibiotici, pur in assenza di infezioni batteriche secondarie che rappresentano solo il 10-30% delle complicanze dell'infezione da SARS-CoV-2. È tuttora difficile descrivere l'impatto che si osserverà negli anni. Se da una parte infatti l'aumento delle ospedalizzazioni e l'assenza di protocolli terapeutici ben definiti può aver favorito l'AMR dall'altra si è registrato nel 2020 un calo della prescrizione antibiotica. Tenere sotto controllo il fenomeno monitorandolo è uno degli strumenti fondamentali per poter intervenire efficacemente.

OBIETTIVI: Descrivere e analizzare le prescrizioni di antibiotici per uso sistemico (ATC J01) nel primo semestre 2021 confrontandole con quelle del 2020 e del 2021 in un gruppo di medici di famiglia della Provincia di Bari.

MATERIALI E METODI: Dal software gestionale di 3 medici di famiglia della ASL BARI abbiamo estratto i dati su spesa globale e spesa relativa agli antibiotici, numero di prescrizioni totali e numero di prescrizioni di antibiotici nel primo semestre del 2019, del 2020 e del 2021. La popolazione in carico ai 3 medici era costituita da

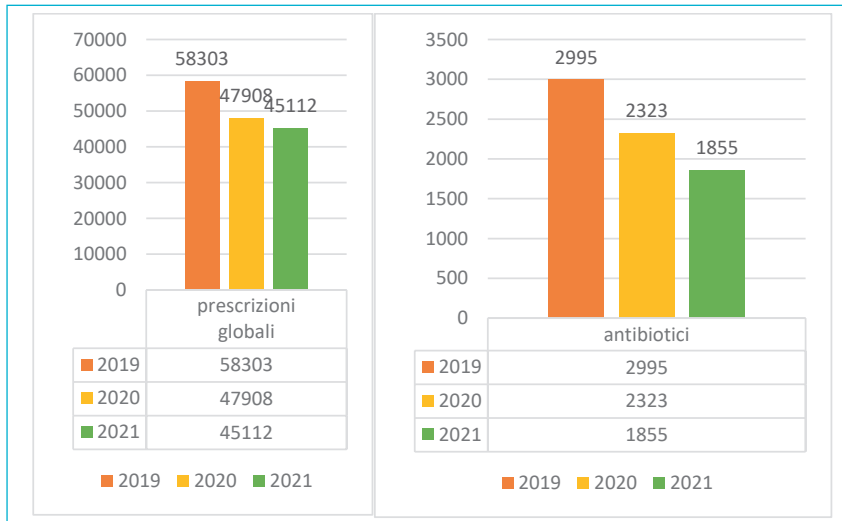
4580 pazienti. Abbiamo scelto di rappresentare i nostri dati in conformità ai dati riportati da AIFA. Sono stati calcolati: numero prescrizioni, numero antimicrobici, rapporto numero antibiotici/totale prescrizioni, numero di prescrizioni di azitromicina. Sono state inoltre calcolate le medie e i delta. La differenza assoluta tra le medie del I semestre 2020 e del I semestre 2019 è il delta assoluto 2020-2019. Il rapporto in percentuale tra la differenza assoluta tra le medie è il delta relativo 2020-2019.

RISULTATI: I risultati sono riassunti nella Tabella 1 e nelle Figure 1 e 2.

DISCUSSIONE: Si conferma nel 2021 la riduzione del numero totale di prescrizioni (-5,8% rispetto al 2020 e -22,6% rispetto al 2019) Aspetto da considerare è che anche nel 2021 si è ricorsi a misure restrittive nella regione Puglia (zona rossa dal 15 marzo al 3 maggio) ma queste non hanno coinvolto l'accesso presso gli ambulatori di Medicina Generale come era avvenuto per l'anno 2020. Anche il numero di antibiotici prescritto nel 2021 è in calo rispetto i due anni precedenti (-20,1% rispetto al 2020 e -38,1% rispetto al 2021). La riduzione si osserva anche in rapporto al numero totale di prescrizioni (5,13% nel 2019, 4,84% nel 2020, 4,1% nel 2021). Malgrado questa riduzione in termini assoluti, si è registrato un aumento del numero di prescrizioni di azitromicina sia rispetto al 2019 (+43%) sia rispetto al 2020 (+68%).

		Rapport antibiotici/ prescrizioni (%)	Delta assoluto	Delta %
N. pazienti	4580			
N. prescrizioni I sem 2019	58303 (9717,2)	5,13%	+2191,5 rispetto al 2021	+ 22,6%
N. prescrizioni I sem 2020	47908 (7984,7)	4,84%	-1732,5 rispetto al 2019	- 17,8%
N. prescrizioni I sem 2021	45112 (7528,7)	4,11%	-2188,5 rispetto al 2020	- 5,8%
N. antibiotici I sem 2019	2995 (499,2)		+ 190 rispetto al 2021	+ 38,1%
N. antibiotici I sem 2020	2323 (387,2)		-112 rispetto al 2019	-22,4%
N. antibiotici I sem 2021	1855 (309,2)		-78 rispetto al 2020	-20,1%
N. azitromicina 2019	190 (31,7)		-13,8 rispetto al 2021	-43%
N. azitromicina 2020	162 (27)		-4,7 rispetto al 2019	-14%
N. azitromicina 2021	273 (45,5)		+18,5 rispetto al 2020	+ 68%
Spesa antibiotici I sem 2019	34379 (5729,8)		+2208,3 rispetto al 2021	+38%
Spesa antibiotici I sem 2020	30379 (5063,2)		-666,6 rispetto al 2019	-11%
Spesa antibiotici I sem 2021	21129 (3521,5)		-1541,7 rispetto al 2020	-30%

FIGURE 1, 2.



La riduzione è confermata anche sul piano della spesa, più rispetto al 2020 (-30% rispetto al 2020 e -38% rispetto al 2019, la riduzione nel 2020 rispetto al 2019 era -11%). Pur persistendo un trend che dimostra un decremento delle prescrizioni antibiotiche, aspetto molto importante alla luce della minaccia di AMR, bisogna registrare, seppur con numeri limitati, un aumento dell'utilizzo di azitromicina che potrebbe richiedere una maggiore cautela nel suo utilizzo in futuro essendo un antibiotico della categoria WATCH del sistema di classificazione dell'OMS.

Utilizzo del farmaco Acamprosato nella terapia dell'alcol dipendenza all'interno di un protocollo gestionale personalizzato: case report Esperienza maturata in un SerD territoriale e possibili applicazioni in Medicina Generale

F. Farina

INTRODUZIONE: La dipendenza dal consumo di alcol in quantità a rischio è una problematica che affligge e interroga i nostri territori dal punto di vista sociale, clinico e assistenziale. È scorretto ridurre l'alcol dipendenza a un problema esclusivamente sanitario: pur essendo nota l'esistenza di un nesso causale tra consumo eccessivo di alcol e rischio di sviluppare alcune malattie, non va trascurato l'impatto di violenze o incidenti attribuibili direttamente o indirettamente al consumo di alcol. Una scarsa percezione dei rischi, la facile accessibilità alle bevande alcoliche, un

consumo di alcol intrapreso in età sempre più precoce e le frequenti comorbidità psichiatriche, contribuiscono a rendere il fenomeno complesso e meritevole di interventi multidisciplinari e personalizzati. Tra le terapie farmacologiche disponibili, l'Acamprosato ha dimostrato efficacia nel ridurre il craving ed estrema maneggevolezza. La sola terapia farmacologica tuttavia non può essere sufficiente a risolvere un problema di tale complessità. La presa in carico presso centri per la cura delle dipendenze viene spesso rifiutata dai pazienti oppure viene considerata tardivamente. Il medico di medicina generale (MMG), primo contatto tra il paziente e il SSN, potrebbe intervenire proattivamente sulla dipendenza patologica del proprio assistito, applicando un protocollo gestionale che includa la comunicazione con i centri preposti, ma che assicuri un inquadramento precoce e la rilevazione di eventuali comorbidità, su cui basare una scelta terapeutica appropriata, evitando la cronicizzazione del disturbo.

MATERIALI E METODI: Nel nostro studio, effettuato presso il SerD di Priverno, abbiamo somministrato il farmaco Acamprosato a 5 pazienti con dipendenza patologica da alcol. Abbiamo poi costruito sui pazienti in cui il trattamento si rivelava inefficace, un protocollo gestionale che permettesse uno studio completo del paziente e la possibilità di personalizzare il trattamento individuando la presenza di comorbidità. Abbiamo quindi applicato il protocollo agli stessi pazienti refrattari e ai nuovi pazienti per un totale di 15 soggetti trattati nel periodo tra Gennaio 2021 e settembre 2021. Il protocollo prevede: counseling motivazionale breve con spiegazione delle caratteristiche del disturbo e proposta dell'iter terapeutico, E.O., prescrizione di esami ematici

mirati, individuazione di comorbidità psichiatriche tramite somministrazione di test validati. Si consiglia quindi trattamento con Acamprosato associato a terapia di una eventuale comorbidità rilevata o invio a videat specialistico medico o psicologico. Abbiamo registrato i risultati di tale approccio terapeutico in prima, in seconda settimana di trattamento e a un mese dall'inizio del trattamento valutando i valori di ETG nei dosaggi urinari e rilevando la persistenza della sintomatologia associata o provocata dalla dipendenza.

RISULTATI: La totalità dei pazienti ha riportato una riduzione del consumo di alcolici nella seconda settimana di trattamento, il 70% degli stessi ha riportato una totale astinenza dal consumo entro la prima settimana. La relativa semplicità del protocollo potrebbe portare il MMG all'applicazione al livello ambulatoriale per un inquadramento precoce del disturbo e l'impostazione di un corretto iter terapeutico.

Interazioni fra farmaci e rischi di esposizione a farmaci anticolinergici negli anziani

Saul Fina

INTRODUZIONE: In Italia nel 2025 gli over 60 saranno il 34% della popolazione. Di pari passo con l'aumento della popolazione anziana cresce la prevalenza di patologie croniche. Il 20% dei sessantacinquenni ha più di 5 patologie; fra gli ottantacinquenni il 45% ha più di 5 patologie. La media delle molecole assunte al giorno dalla popolazione anziana italiana è 7,7; la polifarmacoterapia provoca numerosi effetti collaterali, nonché aumentato rischio di ospedalizzazione e mortalità. L'esperienza di Beers e le sue successive revisioni dimostrano come deprescrivere riducendo i rischi e aumentando il benessere di questi pazienti. I criteri START e STOPP servono a identificare quali farmaci introdurre e quali interrompere. Strumenti utili per armonizzare la terapia sono IntercheckWeb, messo a punto dall'Istituto Mario Negri di Milano, all'interno del quale vi sono varie sezioni fra cui le interazioni fra farmaci, e lo score ACB che mette in evidenza le proprietà anticolinergiche dei farmaci in terapia.

MATERIALI E METODI: Dieci medici di famiglia della Val Pellice hanno reclutato pazienti con più di 65 anni e in terapia con almeno 5 molecole, i quali, previa adesione volontaria, sono stati inviati in consulenza presso il Der.T. (ambulatorio per la deprescrizione e armonizzazione terapeutica). Obiettivo dello studio era valutare le interazioni più frequenti fra farmaci e valutare come lo score ACB correlava con queste e con i dati anamnestici dei pazienti.

RISULTATI: Il campione (n = 122) aveva età media di $78,8 \pm 6,9$ anni; il numero medio di molecole assunte era $10,8 \pm 3,2$; le interazioni più frequenti erano fra diuretici risparmiatori di potassio e ACE-inibitori (10,9%) e fra furosemide e anti-aritmici (9%); lo score ACB medio era di $1,5 \pm 1,5$. All'analisi univariata, sono risultati correlati positivamente e in maniera statisticamente significativa con lo score ACB il Lee Index (indice di prognosi) a 4 anni, il Lee Index a 10 anni, il numero di molecole segnalate dal medico, il numero di somministrazioni di farmaco segnalate dal medico, il totale delle molecole per paziente, il totale delle somministrazioni per giorno per paziente e il numero totale di farmaci. Per quanto riguarda le variabili dicotomiche, invece, vi è correlazione positiva fra score ACB e la fascia di età più anziana del campione, l'assunzione di diuretici dell'ansa, farmaci di area cardiologica, TAO, antidepressivi, antiepilettici, antipsicotici, lassativi e ranitidina; è altresì statisticamente significativa l'associazione fra ACB score e l'interazione fra furosemide e antidepressivi. Le variabili risultate significative sono state inserite in un modello regressivo multivariato: sono correlate in maniera indipendente allo score ACB il totale delle somministrazioni di molecole per giorno per paziente, la TAO, gli antipsicotici, la ranitidina e l'età ≥ 75 anni.

DISCUSSIONE: I molteplici risultati emersi dall'analisi statistica ricalcano la letteratura. Tuttavia lo score ACB risultava inferiore se confrontato con gruppi analoghi di pazienti in letteratura. Quanto ottenuto conferma i rischi reali della polifarmacoterapia nei pazienti anziani pluripatologici.

CONCLUSIONI: Trattare il paziente cronico non per la sua fragilità ma come somma delle sue patologie può essere più dannoso che utile. Il medico di famiglia ha gli strumenti per curare con maggior cura gli anziani polimorbidi in polifarmacoterapia.

Relazione Protocollo SIOOT nel trattamento del SARS-CoV-2

Marianno Franzini

Presidente internazionale SIOOT – Società Scientifica Ossigeno Ozono Terapia; Docente ac. presso Università di Pavia e Università Unicamillus di Roma

INTRODUZIONE, OBIETTIVI SPECIFICI, SCOPO DELLO STUDIO: SIOOT, Società Scientifica Ossigeno-Ozono Terapia, porterà una relazione sul proprio protocollo di trattamento del SARS-CoV-2.

Questa relazione si basa unicamente sull'esperienza dello studio dei 50 malati più gravi dei 100 pazienti trattati secondo il protocollo SIOOT,

nei quali, contrariamente al solito, non si è avuto il decesso del 30-50% ma solo del 2%.

Successivamente al lavoro della SIOOT, sono stati pubblicati altri 28 lavori sul trattamento del COVID-19 che, pur non utilizzando il protocollo SIOOT, hanno avuto sì un'efficacia minore, ma pur sempre una certa efficacia.

Ciò a conferma del fatto che l'Ossigeno Ozono Terapia SIOOT, unitamente ai farmaci in uso, può essere una strategia vincente.

Il farmaco giusto al momento giusto: esperienza dell'ambulatorio di Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica (DeRT)

Federico Gennaro

RAZIONALE: La polifarmacoterapia nei pazienti con età > 65 anni rappresenta un problema crescente nei moderni sistemi sanitari in quanto causa frequente di reazioni avverse e ricoveri ospedalieri; la Letteratura fornisce diversi strumenti e algoritmi che permettono di rivalutare in maniera *evidence based* le terapie assunte ma rimane fondamentale il ruolo del medico di medicina generale (MMG) come interprete delle aspettative e comorbidità del paziente e la necessità di revisione critica delle cure.

METODI: In collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale TO3 si è realizzato nel 2019 un ambulatorio di Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica (DeRT) nella struttura dell'ex Ospedale Valdese a Torre Pellice (Torino); tale ambulatorio ha assunto le caratteristiche della medicina di iniziativa e oltre ai medici di Medicina Generale coinvolti vi ha partecipato un'infermiera di Famiglia e Comunità.

Il progetto ha individuato come beneficiari per la consulenza tutti i pazienti con età ≥ 65 anni residenti all'interno del distretto Val Pellice dell'ASL TO3 che assumessero 5 o più farmaci.

La consulenza, a cadenza settimanale, ha previsto la partecipazione di due medici di Medicina Generale a turno tra coloro che hanno aderito al progetto e dell'infermiera di Comunità: in una prima fase si procedeva alla ricognizione e riconciliazione terapeutica, quindi all'elaborazione della consulenza ricorrendo al supporto scientifico dell'applicazione Intercheck Web fornita dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano. A completamento della visita si valutava l'aderenza terapeutica mediante lo score di Morisky e la percezione della qualità di vita mediante il questionario SF-36.

RISULTATI. Nel corso dell'anno di sperimentazione sono stati valutati 122 pazienti con un'età

media di 78,8 anni ($\pm 6,9$) e un numero medio di molecole assunte, al termine della ricognizione terapeutica, di 11 per 12 somministrazioni/die (versus un numero di molecole medio segnalate nella scheda di invio di 9 per 10 somministrazioni/die).

La valutazione dello score di Morisky ha mostrato in linea di massima un buon grado di aderenza (punteggio medio di 8,4), risultando tuttavia probabilmente in parte viziato da un bias di fondo nella selezione dei pazienti.

Da un punto di vista infermieristico invece le principali problematiche sono state riscontrate soprattutto per quanto riguarda le modalità di assunzione dei diversi farmaci in relazione a una certa tendenza al *self made* nella sospensione di determinate terapie croniche.

CONCLUSIONI. L'ambulatorio DeRT ha permesso di evidenziare l'utilità del processo di revisione sistematica delle terapie e di riconciliazione in un tempo e in un setting dedicato. Questo progetto ha inoltre permesso di accrescere le competenze e il ruolo professionale dei singoli medici che vi hanno partecipato attraverso il processo di formazione in itinere che si è affiancato all'attività, permettendo quindi una maggiore consapevolezza prescrittiva alla luce degli ultimi dati della letteratura e della *Evidence Based Medicine*.

Gestione delle cronicità da parte del medico di medicina generale durante la pandemia di COVID-19: una esperienza a Bari

Nicola Grilletti, Noemi Sasso

La pandemia da SARS-CoV-2, apparsa nel nostro continente a partire da fine febbraio 2020, ha coinvolto tutta la nostra nazione con successive ondate di differente gravità nelle varie regioni. In particolare in Puglia l'ondata di ottobre 2020 è stata la prima *poussée* significativa; mai realmente azzeratasi, è stata seguita senza soluzione di continuità da una altra ondata la cui acuzie si è potuta registrare nei mesi di marzo e aprile 2021. Questo andamento ha messo in crisi il sistema sanitario nazionale creando gravi difficoltà nell'assistenza ospedaliera tanto in quella territoriale. L'assistenza territoriale, appannaggio dei medici di medicina generale (MMG), dei medici di Continuità Assistenziale e delle Unità Speciali Continuità Assistenziale, è di difficile quantificazione, come difficile è dare un peso alla sofferenza dei livelli di cura delle patologie croniche, tipicamente al centro delle cure territoriali.

Scopo del nostro lavoro è stato quantificare l'attività di un MMG nel 2019, 2020 e 2021,

paragonando l'impegno lavorativo dei due anni di pandemia a un anno pre-pandemico. In particolare abbiamo quantificato l'attività dedicata all'assistenza di pazienti affetti dalle principali patologie croniche, ovvero diabete mellito, ipertensione, cardiopatie e neoplasie.

Abbiamo pertanto esaminato l'attività di un medico di Medicina Generale esercitante al centro di una grande città pugliese, Bari, nel 2019, 2020 e 2021. Abbiamo considerato i seguenti indicatori per singolo anno: Numero di iscritti che hanno avuto almeno un contatto col MMG, numero complessivo di prestazioni effettuate (visite ambulatoriali e domiciliari), numero di pazienti visitati ambulatorialmente, numero di visite ambulatoriali. Abbiamo inoltre valutato l'attività annua dedicata ai pazienti da neoplasie, diabete mellito, cardiopatie e ipertensione considerando per ogni gruppo di pazienti il numero di pazienti che hanno avuto almeno un contatto con il MMG. I dati sono espressi in valore assoluto e percentuali, le differenze tra percentuali sono valutate tramite chi-test.

I risultati sono riportati nelle Tabelle I e II.

I nostri dati dimostrano che l'attività lavorativa del MMG oggetto del nostro studio si è modificata nel 2020, con una lieve riduzione del numero di pazienti che hanno avuto almeno un contatto col MMG e una rilevante riduzione delle attività ambulatoriali (-51% pazienti visitati in ambulatorio e -33% visite ambulatoriali). L'attività generale del 2021 appare invece in piena ripresa dal punto di vista del numero dei contatti e delle visite ambulatoriali, risultando i dati in sei mesi paragonabili a quelli del 2019, valutati su 12 mesi. Il dato più rilevante tuttavia è quello relativo alla presa in carico dei pazienti con patologie

croniche: considerando infatti in tutti i gruppi il numero di pazienti con almeno un contatto con MMG si evidenzia un miglioramento significativo degli accessi dei pazienti cardiopatici e diabetici nel 2020 e 2021 rispetto al 2019, invariati risultano i dati di pazienti neoplastici e ipertesi. Nonostante questi dati siano riferiti a un unico ambulatorio riteniamo che descrivano una nuova organizzazione degli ambulatori di MG, sicuramente forzata dalla pandemia ma che ha consentito ai MMG una migliore pianificazione dei follow-up delle patologie croniche.

La presa in carico del territorio del paziente con sospetto/malattia da SARS-CoV-2

S. Lenti*, Sandra Niccoli**, Carolina Cartei**

* Medico di Medicina Generale, Direttore CFSGM, Regione Toscana; ** Medico di Medicina Generale

La presa in carico del territorio del paziente con sospetto/malattia da SARS-CoV-2 pone l'obiettivo di identificare precocemente i soggetti subcritici che, alla luce delle ultime linee guida, potrebbero essere misconosciuti con conseguente ritardo nell'affidamento alle cure ospedaliere. Tale documento trae lo spunto da un caso seguito dal medico di medicina generale (MMG) in collaborazione con medico USCA nell'ottobre del 2020. Nel paziente in oggetto si riscontrava una dissociazione tra impegno clinico e valori saturimetrici (sia a riposo che dopo sforzo) da una parte e valori emogas-analitici dall'altra. Sulla base dei dati clinici e saturimetrici, tenendo conto degli

algoritmi vigenti, sarebbe stato giustificato mantenere il paziente alle cure domiciliari, mentre per i valori emogas-analitici si evidenziava la necessità di cure di secondo livello, che si sono dimostrate efficaci. Alla luce di questo dato esperienziale i successivi pazienti sono stati valutati seguendo l'ipotesi che il parametro clinico e saturimetrico non fossero sempre affidabili. Questo ha portato a individuare una zona grigia, corrispondente a pazienti con una saturazione compresa tra il 93% e il 96%; su tale zona grigia è stato costruito un algoritmo che assicurando una migliore e più accurata stratificazione del rischio garantiva di fatto una presa in carico efficace e sicura per il paziente medesimo. I vantaggi che derivano dall'applicazione dell'algoritmo sono molteplici; innanzitutto l'individuazione precoce dei pazienti subcritici, apparentemente non compromessi da un punto di vista clinico, dovrebbe agire su quei pazienti che inevitabilmente faranno ricorso alle cure ospedaliere in fase più avanzata di malattia, riducendo (almeno nelle aspettative) la durata di ricovero e/o l'uso di posti letto ad alta intensità, oltre che l'esito infausto, garantendo un utilizzo congruo e nei tempi aspettati dei farmaci a disposizione (con particolare riferimento ai monoclonali). Una presa in carico appropriata e in tempi precoci di una condizione altrimenti sottovalutata, è ragionevole che possa impattare positivamente sugli esiti e sulle cronicità conseguenti. Infine, ma non ultimo, essendo alla base del processo decisionale dell'algoritmo proposto l'utilizzo *bed-side* dell'emogas-analizzatore, questo significherebbe l'affidamento di tale strumento alla Medicina Generale; ciò rappresenterebbe un'innegabile valorizzazione della professione, senza contare la possibilità di utilizzare tale strumento nella gestione delle patologie croniche in genere e delle loro riacutizzazioni. Si precisa che questo nuovo algoritmo deve essere considerato come un'integrazione/manutenzione dei precedenti protocolli in questa continua acquisizione di dati su una malattia ancora sotto molti aspetti sconosciuta.

Sono presentati di seguito i risultati dell'applicazione di tale algoritmo alla casistica di un MMG, massimalista. Nel periodo 1 marzo 2020-15 luglio 2021 i pazienti della coorte esaminata risultati positivi a SARS-CoV-2 sono stati 117. Di questi, 15 (12,8%) sono stati ricoverati e 102 (87,2%) sono rimasti in gestione domiciliare. 3 pazienti (2,5%) sono deceduti, con un'età media di 85,3 anni. 15 pazienti sono stati ricoverati, con età media di 71,6 anni. Di questi, 9/15 sono stati inviati per ricovero ospedaliero dai medici Usca, per 4/15 l'invio in ospedale è stato deciso dal curante. 2/15 pazienti sono giunti in pronto soccorso tramite richiesta 118. Al momento del ricovero i pazienti erano così distribuiti nelle tre fasce di saturazione prese in esame: 6/ 15 (40%)

TABELLA I.

	Almeno un contatto	Prestazioni effettuate	Pazienti visitati in ambulatorio	Visite ambulatoriali
2019	1160	8993	626	971
2020	1122	7921	307	648
2021	1277	9413	567	1099

TABELLA II.

	2019	2020	2021
Numero totale pazienti con diabete	146	153	163
Pazienti diabetici con almeno 1 contatto	118 (81%)	145 (95%) [~]	151 (92%) [~]
Numero totale pazienti con ipertensione	407	417	425
Pazienti ipertesi con almeno 1 contatto	395 (97%)	411 (97%)	411 (97%)
Pazienti neoplastici	99	105	111
Pazienti neoplastici con almeno 1 contatto	94 (95%)	101 (96%)	109 (98%)
Pazienti cardiopatici	183	187	190
Pazienti cardiopatici con almeno 1 contatto	157 (86%)	181 (97%) [~]	188 (99%) [~]

[~] p <0.05 vs 2019.

avevano SpO₂ ≤ 92%, 8/15 (53,4%) avevano SpO₂ 93-96%, 1/15 (6,6%) aveva SpO₂ ≥ 97%. Quest'ultimo paziente nonostante presentasse un valore ritenuto sicuro alla pulsossimetria e non lamentasse dispnea, aveva una frequenza respiratoria in aumento e all'emogas-analisi si rilevava un quadro ipossiemico con alcalosi respiratoria e PaO₂/FiO₂ = 210. Tra i pazienti ricoverati per cui il dato era disponibile, si è riscontrata una frequenza respiratoria compresa tra 20 e 25 atti/min nel 46,2% dei casi (6 su 13), ed era superiore ai 25 atti/min nel 23% (3 su 13). Uno dei pazienti con frequenza elevata (30 atti/min) è deceduto per una forma complicata di malattia. Dei pazienti ricoverati il 50% (7 su 14) sono stati trattati con antivirali. Tutti questi pazienti sono stati ricoverati entro la settima giornata di malattia. La durata media del ricovero è stata di 11,8 giorni (valore minimo 5, valore massimo 25). Nei pazienti trattati con antivirali la durata media del ricovero è stata inferiore (10,4 giorni di media) rispetto ai non trattati (13,7 giorni di media). Tutti i pazienti sono stati trattati con ossigenoterapia: nel 20% dei pazienti è stato fatto uso di alti flussi, nel 20% è stata usata la Ventimask, nel 46,6% dei pazienti si sono utilizzati bassi flussi e per il 13,4% dei pazienti è stato necessario il casco. Nella casistica esaminata, pazienti che secondo gli attuali algoritmi non sarebbero stati ricoverati (almeno 7 su 15), hanno avuto un esito favorevole di malattia dopo trattamenti ospedalieri avviati in fase precoce di malattia. Tali dati confermano:

- insufficiente affidabilità dei soli valori saturimetrici e della clinica nella zona grigia (93-96%);
- importanza dell'individuazione precoce di condizioni di impegno degli scambi respiratori tramite emogas-analisi, con impatto positivo sugli esiti (tipo di ricovero e durata del ricovero);
- importanza della formazione della figura professionale del MMG, che attraverso un iter diagnostico terapeutico è chiamato a decidere l'adeguato setting di cure per il proprio paziente con COVID.

Un ambulatorio per i poveri e con i poveri per non dimenticare

Chiara Marchionni

INTRODUZIONE: Nel panorama socio-finanziario che l'Italia sta vivendo dopo la crisi del 2008, si rileva in maniera evidente una povertà economica accompagnata da disuguaglianze importanti della sfera sanitaria. Nel 2017 l'istituzione della Giornata Mondiale del Povero da parte di Papa Francesco, ha dato avvio al progetto del Presidio

Sanitario Solidale, una struttura provvisoria allestita in piazza San Pietro, che offre assistenza sanitaria di base e specialistica agli indigenti. La regia dell'iniziativa sotto il profilo sanitario affidata alla Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), ha coinvolto oltre 30 medici di medicina generale (MMG) provenienti da diverse regioni italiane e numerosi neolaureati e studenti dell'ultimo anno della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Sapienza di Roma.

OBIETTIVO DELLO STUDIO: L'obiettivo di questo studio è stata l'analisi dei dati raccolti nelle visite dei medici di medicina generali, in quelle specialistiche e nelle campagne di screening e prevenzione. Si è potuto ricavare e dedurre gli ambiti di maggiore fragilità e individuare progetti da suggerire come azioni di Sanità Pubblica per il futuro. Il progetto ha visto coinvolti studenti che hanno avuto la possibilità di conoscere più approfonditamente la medicina di prossimità, da poco tempo inserita nel percorso di studi universitario.

MATERIALI E METODI: Per la parte del progetto riguardante la medicina del territorio, è stata coinvolta la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e numerosi suoi medici, triennialisti del Corso di Formazione di Medicina Generale, giovani neoabilitati e studenti del sesto anno del CLMMC "C" dell'università "La Sapienza", di Roma. A loro è stato somministrato un questionario valutativo dell'esperienza.

RISULTATI: Complessivamente, alla chiusura del presidio, sono stati accolti 764 pazienti e un totale di oltre 2000 accessi con più di 3500 visite specialistiche. Durante le visite di Medicina Generale a tutti i pazienti sono stati rilevati parametri vitali e antropometrici e sono stati somministrati 366 vaccini antinfluenzali (donati dalla casa farmaceutica Seqirus). Negli ambulatori specialistici, sono stati eseguiti gli screening infettivologico (con test rapidi per HIV e HCV e con l'intradermoreazione di Mantoux), ginecologico (con Pap test) e diabetologico (con misurazione della glicemia stick o su sangue venoso periferico e un questionario per il rischio di sviluppo di diabete mellito). A 238 è stato possibile eseguire un pacchetto concordato di 11 analisi su sangue venoso periferico. L'esperienza del presidio è stata ritenuta gratificante e istruttiva dal 100% dei volontari (MMG e studenti), sia dal punto di vista personale che formativo.

CONCLUSIONI: Ma al di là dei "casi clinici", dietro ogni volto c'era e c'è una storia diversa: persone senza fissa dimora, infreddoliti e affamati, immigrati stanchi e spaesati ma anche qualche turista, soprattutto per le emergenze. È stato un momento di formazione scientifica e umana per i molti studenti e tirocinanti che hanno frequentato, con impegno, curiosità e voglia di fare, il presidio in piazza S. Pietro. L'esperienza, considerata molto

appagante e arricchente da tutti i MMG che hanno prestato servizio al presidio, è stata per molti l'occasione per affermare e ricordare che il MMG non è un mero "burocrate" ma un medico in prima linea che, quando è messo in una rete di collaborazione con altri colleghi, diventa fondamentale per la tutela della salute di molti pazienti che proprio nel MMG trovano il primo contatto.

Al termine dell'esperienza, è stato ritenuto necessario e auspicabile l'apertura di un presidio fisso che possa permettere una gestione e un monitoraggio migliori delle patologie croniche di cui sono affetti molti dei numerosi indigenti afferiti al presidio.

COVID-19 persistente in Medicina Generale: un approccio multidimensionale

Pamela Marcuzzi¹, Denise Sief¹, Lucia Casatta², Marco Venuti², Marco Maria Movio¹, Carlo Fabris², Alberto Fragali³, Luigi Canciani³, Mara Pellizzari³

¹ CEFORMED Monfalcone; ² Medico di Medicina Generale, Distretto Udine; ³ Direzione Distretto Udine

INTRODUZIONE: La pandemia COVID-19 ha messo in evidenza come, dopo la guarigione dall'infezione, possa persistere una proteiforme sintomatologia denominata long-COVID. Tuttavia, gli studi presenti in letteratura riguardano solo pazienti dimessi dall'ospedale, mentre quasi nulla si conosce in merito a long-COVID nel contesto della Medicina Generale. Scopo di questo lavoro è indagare prevalenza e caratteristiche in merito al long-COVID nell'ottica del medico di medicina generale (MMG).

MATERIALI E METODI: Sono stati reclutati 145 pazienti (PA) guariti da infezione respiratoria COVID-19 contratta nei primi sei mesi del 2021 e appartenenti ai Distretti di Udine e San Daniele del Friuli: 68 maschi, 77 femmine, età mediana 59 anni (Q1-Q3 = 51-70). Sessantasette soggetti afferenti casualmente all'ambulatorio dei MMG (22 maschi e 45 femmine) età mediana 60 anni (Q1-Q3 = 52-67) senza storia pregressa o in atto di COVID-19 sono stati utilizzati come controlli (CO). I CO e i PA, questi a sei settimane dalla guarigione, sono stati intervistati per via telefonica da un medico del CEFORMED, con la collaborazione del MMG di riferimento. Sono stati somministrati due questionari: il DASS 21 e il SF-36. Il primo fornisce un punteggio espressione di ansia, depressione e stress. Il secondo fornisce una indicazione sulla salute fisica (PCS 4 scale), psichica (MCS 4 scale) e sul cambiamento di salute. Di ognuno sono stati inoltre

raccolti i dati demografici, ambientali, clinici e calcolati l'indice di fragilità di Clegg e il CSHA.

RISULTATI: Settantatré PA (50,3%) avevano presentato una malattia lieve a domicilio (DL), 55 (37,9%) una malattia più severa a domicilio (presenza per ≥ 3 giorni di febbre $> 38^{\circ}\text{C}$ e/o di importanti sintomi sistemici e/o di iniziali de-saturazione $\text{PaO}_2 \leq 93$ mmHg) (DS), 17 (11,7%) sono stati ricoverati in ospedale (OS). Si è osservata una differenza significativa nei valori dei test somministrati fra i vari gruppi: PCS (ANOVA $p < 0,0001$), media CO 74 o DL 75 vs DS 60 o OS 50 ($p < 0,01$) (Bonferroni), MCS ($p < 0,0001$) CO 73 o DL 65 vs DS 51 o OS 51 ($p < 0,01$), DASS 21 ($p = 0,0036$) DL 10,2 vs DS 16,0 ($p < 0,01$). Sessantatré (43,4%) hanno riferito un peggioramento della salute. Alla regressione logistica una evoluzione COVID-19 DS/OS è risultata l'unica variabile predittiva, indipendentemente dagli altri parametri demografici, ambientali e clinici, di $\text{SF-36} \leq 60$ (OR 3,62, 95% CI 1,81-7,24, $p < 0,001$), di un peggioramento delle condizioni di salute (OR 2,57, 95% CI 1,30-5,09, $p = 0,006$) e di un valore di DASS 21 > 13 (OR 2,45, 95% CI 1.23-4,87, $p = 0,009$). Alla modellazione strutturale delle equazioni (SEM $p < 0,0001$), una evoluzione COVID-19 DS/OS è risultata fortemente associata ($p < 0,001$), unitamente ai test di fragilità, a un valore decrescente di PCS e/o MCS.

CONCLUSIONI: Più di un terzo dei pazienti gestiti a domicilio ha presentato un quadro clinico di COVID-19 impegnativo. In questi malati, similmente a quelli ricoverati in ospedale, persistono nel tempo, dopo la guarigione dall'infezione, sintomi fisici e psichici. Tali postumi sono più evidenti in presenza di preesistente fragilità clinica. Al contrario, i soggetti con evoluzione lieve non presentano queste sequele.

La vaccinazione anti-COVID-19 in Medicina Generale in Italia: i pazienti con età superiore a 80 anni e i pazienti obbligati al domicilio

Tecla Mastronuzzi, Mariangela Elefante, Alessandro Rossi, Ignazio Grattagliano

INTRODUZIONE: Il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) nella campagna vaccinale anti-COVID sul territorio italiano è stato eterogeneo e mutevole. La situazione ha subito notevoli variazioni in un arco di tempo breve, infatti il coinvolgimento dei MMG nella campagna vaccinale, risale più o meno a fine marzo. Inoltre in Italia le regioni hanno applicato diffe-

renti modelli organizzativi per l'esecuzione della campagna vaccinale anti-COVID-19 conferendo compiti differenti ai MMG, difformi tra loro anche per quanto riguarda il tipo di vaccino in uso. In questo panorama, forse l'unico ambito che omogeneamente in tutte le regioni è rimasto appannaggio dei MMG è stata la somministrazione di vaccini anti-COVID-19 ai pazienti obbligati al domicilio e in buona parte agli ultra 80enni.

SCOPO DEL LAVORO: Quantificare l'impegno di alcuni MMG rispetto alla vaccinazione anti COVID-19, con i pazienti di età pari o superiore a 80 anni e con i pazienti obbligati al proprio domicilio.

MATERIALI E METODI: I dati sono stati raccolti mediante un'indagine proposta ai MMG sotto forma di questionario a cui rispondere online volontariamente. Non erano previsti criteri di inclusione o di esclusione per la partecipazione al questionario. Tutti i dati raccolti sono stati elaborati.

RISULTATI: Hanno partecipato al nostro studio 30 MMG, 23% delle aree meridionali, 46% delle regioni centrali e 30% delle regioni settentrionali. In tutto i 30 medici hanno conferito i dati relativi a 39185 pazienti (assistiti per MMG: media: 1306, range 81-1620), di questi, 3887 pazienti (9% del campione totale) hanno età pari o superiore a 80 anni e 751 pazienti (2% del campione totale) hanno meno di 80 anni ma sono assistiti a domicilio per le gravi patologie croniche. Dei 3887 pazienti con età superiore o pari a 80 anni a giugno 2021 erano stati vaccinati 3327 pazienti (85,5%). Nel 31% dei pazienti anziani vaccinati la somministrazione del vaccino è stata eseguita dal MMG, in questi pazienti sono stati registrati 60 eventi avversi ma solo 13 sono stati definiti "rilevanti" dai MMG. Tra i pazienti ultra 80enni i MMG hanno registrato 125 rifiuti vaccinali pari al 3% di tutti i pazienti anziani considerati. I pazienti assistiti a domicilio per le gravi patologie che risultano vaccinati a giugno 2021 sono il 94,5% e l'88% dei pazienti immunizzati è stato vaccinato dal MMG, tra questi pazienti si sono registrati 38 eventi avversi post vaccinazione ma nessuno è stato definito rilevante. I MMG hanno rilevato 31 rifiuti vaccinali pari al 4% della popolazione di pazienti assistiti al domicilio.

DISCUSSIONE: La partecipazione dei MMG del nostro campione alla campagna vaccinale anti-COVID è risultata essenziale nel secondo trimestre del 2021, in quanto hanno provveduto alla somministrazione del vaccino al 31% dei pazienti con età pari o superiore a 80 anni e all'88% dei pazienti assistiti al domicilio, rendendo così possibile l'immunizzazione delle fasce più deboli della popolazione. Sono rilevanti anche i dati di esitazione vaccinale infatti abbiamo registrato il rifiuto vaccinale in una piccola percentuale di pazienti, il 3% degli anziani e il 4% dei pazienti

assistiti al domicilio, e questo lascia intendere che la relazione continuativa e fiduciaria con il MMG può essere la chiave risolutiva nella popolazione italiana per l'accettazione della vaccinazione ANTI-COVID-19, come per altre vaccinazioni dell'adulto.

Il tirocinio del CFSMG durante la prima ondata da SARS-CoV-2

Maria Milano

INTRODUZIONE: La 1^a ondata COVID ha stremato i medici di medicina generale (MMG) che senza basi sul tema, hanno riadattato rapidamente l'attività, in 1^a linea senza DPI, senza confronti con il livello e con rarissimi tamponi. In quel contesto di fatica e sconforto, ci siamo chiesti: quanti pazienti valutati COVID lo erano davvero? Potremo distinguere COVID da altre virosi? Quali sono i vissuti emotivi di MMG, tirocinanti e pazienti? Potremo reggere questa situazione? Con quali risorse? Come possiamo coinvolgere i giovani colleghi trasformando questa terribile esperienza in qualcosa di didatticamente positivo? Questo progetto di ricerca e formazione sul campo nasce per dare senso al vissuto e al ruolo di Tutor, alle esperienze dei tirocinanti e dei pazienti con obiettivi quantitativi e qualitativi, patrocinato da SiPeM e in collaborazione con l'Epidemiologia CPO Piemonte.

MATERIALI E METODI: **Quantitativi.** Invito rivolto a 150 tutor con tirocinanti in carico della scuola di Medicina Generale. Altri coinvolti da contatti nelle reti delle medicine di gruppo. Lo studio di coorte comprende tutti gli assistiti che, nel periodo in studio, sono stati monitorati dal proprio MMG per segni e sintomi COVID compatibili. È stata utilizzata una scheda di raccolta dati compilata da tirocinanti e MMG Tutor, studiata con analisi univariate e multivariate (con variabili da un modello di regressione stepwise), condotte con STATA 15 a cura della epidemiologia del CPO. **Qualitativi.** Con un approccio fenomenologico, sono state realizzate interviste narrative a 25 MMG e 25 pazienti dell'ASLTO3 per esplorare il vissuto del medico e del paziente in relazione al cambiamento assistenziale durante la pandemia, analizzate con la *Content Analysis* di tipo convenzionale.

RISULTATI: 63 MG (1 drop out) con 23 tirocinanti hanno arruolato 1356 pazienti. I dati raccolti sono stati utilizzati per sette tesi di diploma in MG. Una correlazione diretta con il tampone positivo è stata evidenziata per la febbre se > 65 anni e ageusia/anosmia se < 40 . Correlazione inversa invece per diarrea e faringodinia (il dettaglio dei risultati quantitativi in un'altra comunicazione in questo congresso).

Una tesi qualitativa è stata presentata al congresso SIMG 2020: sia medici che pazienti hanno sofferto il cambio della prassi assistenziale; soprattutto il telefono che non ha permesso "il contatto dell'esame obiettivo" con conseguente "Difficoltà nel prendere decisioni cliniche". Fra tante emozioni negative, è emersa una "Nuova solidarietà con i pazienti e i colleghi". Molti hanno sviluppato strategie di resilienza ma alcuni non sono mai riusciti "A staccarsi dal lavoro".

CONCLUSIONI: Non abbiamo dati sulla quantità e qualità delle riflessioni fra tutor e tirocinanti, ma abbiamo avuto feedback positivi sui vissuti, soprattutto per la percezione di essere parte di una rete che ha consentito in questo tempo terribile di resistere e di non andare alla deriva. I tirocinanti hanno condiviso oltre alla prassi, i problemi, i timori e anche le strategie introdotte dai tutor: metteranno questa esperienza nel bagaglio acquisito nel percorso di studi, integrando nella pratica clinica, ricerca e formazione, anche per implementare la qualità del proprio lavoro.

Il medico di medicina generale e la nota 97: i risultati di una survey

Andrea Montonati¹, Marcello Parenti², Appiano Gentile³, Silvia Dubini⁴, Caronno Pertusella⁵, Massimo Monti⁶, Giovanna Scienza⁷, Aurelio Sessa⁸

¹ MMG Varese, SIMG Varese; ² CFSMG - MMG; ³ SIMG Varese; ⁴ MMG; ⁵ SIMG Varese; ⁶ MMG Mozzate, SIMG Varese; ⁷ SIMG Varese; ⁸ SIMG Varese

Le cardiopatie aritmiche rientrano nel novero delle patologie croniche in carico al medico di medicina generale (MMG). Fra queste la fibrillazione atriale è la più frequente. L'introduzione della nota 97 permette al MMG di poter prescrivere, oltre gli antagonisti della vitamina K (warfarin e acenocumarolo) anche i nuovi anticoagulanti orali (apixaban, dabigatran, rivaroxaban e edoxaban). È importante individuare quale sia il livello di confidenza dei MMG con i DOACs e quali siano le maggiori criticità percepite sul campo dai MMG nell'applicazione della nota 97. Per questo, utilizzando l'indagine come disegno di ricerca, è stata creata una survey costituita da 20 domande a risposta multipla a cui era possibile rispondere in forma anonima, che è stata inviata a 250 MMG associati in forma cooperativa per la gestione del paziente cronico, sul territorio di ATS Insubria (Regione Lombardia).

La compilazione è stata completata da 104 medici. Dai risultati emerge, in modo diffuso, un bisogno formativo relativo ai DOACs e all'applicazione corretta delle procedure previste dalla

Nota 97. Emergono inoltre problemi di tipo organizzativo relativi alla diagnostica di primo livello oltre che alla mancanza di adeguati canali di comunicazione e confronto con gli specialisti di riferimento necessari per gestire al meglio i pazienti affetti da FANV. L'analisi delle risposte della survey ha permesso di rilevare quali siano i punti su cui lavorare per una corretta applicazione della nota 97 che permetta una piena presa in carico del paziente da parte dei MMG, ovvero:

- progetti di formazione, che aumentino la sicurezza dei medici nell'utilizzo dei DOACs;
- informatizzazione dei processi, con l'obiettivo di agevolare la compilazione, la registrazione e la consultazione degli allegati previsti dalla nota, prodotti da MMG e specialisti;
- ridefinizione di un modello organizzativo che preveda appropriati percorsi di diagnosi e cura dei pazienti affetti da FANV e che sviluppi forme di comunicazione e confronto più efficaci tra MMG e specialisti di riferimento.

Contracezione orale d'emergenza: i dati della Medicina Generale

Ilaria Mordacchini

INTRODUZIONE: Nel 2018 l'OMS ha dichiarato che la contraccezione di emergenza rientra nei diritti umani: qualsiasi donna o ragazza in età riproduttiva può aver bisogno di un contraccettivo d'emergenza per evitare una gravidanza indesiderata. In Italia, i farmaci per la contraccezione orale d'emergenza sono a base di levonorgestrel o di ulipristal acetato; entrambi, agendo sui recettori del progesterone, spostano il picco di LH e impediscono l'ovulazione. Questi preparati ormonali sono impropriamente chiamati "pillola del giorno dopo" o "pillola dei cinque giorni dopo"; infatti la percentuale di successo dei farmaci decresce all'aumentare delle ore trascorse dal rapporto non protetto, nonostante sia possibile utilizzarli fino a 72 o 120 ore a seconda della formulazione. Il primo farmaco a essere immesso sul commercio fu Norlevo nel 2000, seguito poi da ellaOne nel 2012. Negli anni entrambi i farmaci hanno subito diverse modifiche riguardanti il regime prescrittivo, l'ultima nell'ottobre del 2020 a carico di ellaOne, contribuendo a creare incertezza riguardo ai regimi di fornitura e all'iter da seguire per ottenere il farmaco.

Lo studio: Le richieste di chiarimento giunte nel nostro ambulatorio di Medicina Generale hanno insinuato il dubbio che la popolazione non fosse adeguatamente informata sull'argomento, e si è così deciso di realizzare uno studio volto ad analizzare la volontà d'informazione e i relativi

mezzi nella popolazione maschile, mentre nella popolazione femminile si concentra sul grado di conoscenza dei vari aspetti riguardanti la contraccezione orale d'emergenza. Inoltre, per coloro che hanno avuto necessità di ricorrere ai contraccettivi orali d'emergenza, si sono indagate motivazioni ed eventuali difficoltà riscontrate. L'obiettivo finale è stato quello di valutare la necessità di attuare un processo educativo riguardo l'argomento oggetto di studio, con particolare attenzione alle criticità maggiormente evidenziate.

Al fine di perseguire gli obiettivi esposti è stato realizzato un questionario telematico, aperto ai soli maggiorenni, con registrazione delle risposte totalmente anonima. Proprio le caratteristiche di somministrazione sono responsabili dei principali bias dello studio ovvero: condizioni non controllabili, esclusione di una popolazione minorenni sessualmente attiva e distribuzione geografica non omogenea dovuta ai canali di pubblicazione. Prima di accedere al questionario era presente una pagina informativa riguardante l'argomento oggetto di studio, ispirata alla pagina dedicata del sito del Ministero della Salute, in particolare volta a sottolineare la differenza tra COE e pillola abortiva RU486. All'interno del questionario erano presenti sezioni dedicate per genere, conoscenza dell'argomento e utilizzo della COE. Per valutare la conoscenza reale sull'argomento sono stati utilizzati 5 item riguardanti la necessità di prescrizione medica, la possibilità di obiezione di coscienza del medico e/o del farmacista, la necessità di eseguire un test di gravidanza per acquistare il farmaco ed eventuali effetti avversi sul nascituro qualora si instaurasse una gravidanza nonostante l'utilizzo della COE. A questi 5 item sono stati assegnati punteggi in base alla risposta errata, corretta o non data ed è stata individuata una scala di punteggio con un minimo di -5 e un massimo di +5.

Sono state registrate 5044 risposte valide, per l'88% provenienti da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella dei 20-30 anni e i rispondenti provengono da tutte le regioni italiane, in particolare Lazio, Lombardia e Veneto. Quasi il 90% del campione possiede almeno il diploma di scuola media superiore. Nel campione femminile, il 99,92% ha sentito parlare almeno una volta della COE e ha quindi avuto accesso alla sezione riguardante specificatamente i cinque item volti a indagare il reale grado di conoscenza dell'argomento; le risposte sono state analizzate sia singolarmente che in maniera aggregata, suddividendo il campione in donne appartenenti all'ambito sanitario e donne che invece ne sono estranee, al fine di valutare un eventuale bias dovuto a una conoscenza derivante dal settore lavorativo di appartenenza e quindi non rappresentativa della conoscenza della popolazione media. Dai dati

ricevuti abbiamo rilevato che, dei 595 uomini intervistati, tutti hanno dichiarato di conoscere la COE principalmente tramite internet o il gruppo amicale, mentre alla domanda volta a indagare la fonte d'informazione desiderata è stata indicata la scuola come canale preferenziale ed è apparso tra le risposte anche il medico di medicina generale (MMG). Indipendentemente dal canale scelto, la quasi totalità del campione ritiene comunque di voler essere informato sull'argomento.

Per quanto concerne il campione femminile, delle 4449 rispondenti il 32,48% appartiene all'ambito sanitario e ha ottenuto un punteggio medio di 3,10 a fronte del 2,07 ottenuto dal campione di donne estranee all'ambito sanitario. Per valutare se la differenza nel punteggio medio fosse dipendente o meno dall'ambito lavorativo, è stato effettuato un test chi quadro di indipendenza utilizzando linguaggio di programmazione Python. L'ipotesi H_0 assunta è che il punteggio ottenuto dalle donne appartenenti all'ambito sanitario sia maggiore rispetto a quello delle donne che non vi appartengono solo per effetto del caso ovvero che i punteggi ottenuti per i due campioni siano indipendenti dalle categorie di appartenenza. Dopo aver generato una tabella di contingenza per i due campioni, raggruppando i punteggi in positivi e negativi, sono stati calcolati i valori attesi sotto l'ipotesi di indipendenza. Si è poi proceduto al calcolo della statistica test con chi quadro. Verificando con i dati riportati nella tavola della distribuzione chi quadro, si ha che il valore critico corrispondente ad alfa 0,05 e anche ad alfa 0,01 con un solo grado di libertà è considerevolmente minore del valore ottenuto. Conseguentemente, è possibile rifiutare l'ipotesi H_0 di indipendenza dei dati, ciò significa che la differenza nei punteggi è altamente significativa e c'è una probabilità inferiore al 5% e anche all'1% che la differenza sia dovuta al caso.

In entrambi i sottogruppi, gli aspetti meno conosciuti riguardano l'impossibilità del medico di avvalersi dell'obiezione di coscienza e la mancanza di eventuali effetti avversi sul nascituro qualora dovesse instaurarsi una gravidanza nonostante l'utilizzo della COE. In particolare, nella domanda volta a indagare l'obbligo di prescrizione e la possibilità del medico di avvalersi dell'obiezione di coscienza si sono ottenute le più alte percentuali di risposte errate, evidenziando un'informazione non corretta sia nel campione sanitario che non sanitario. La maggior percentuale di risposte "non saprei" (oltre il 60%) è stata invece raggiunta nella domanda volta a indagare eventuali effetti avversi sul nascituro qualora si facesse ricorso alla COE, sottolineando quindi la totale assenza di informazione riguardo questo punto.

Si è poi proceduto ad analizzare il sottogruppo

di donne che hanno fatto ricorso, almeno una volta, ai farmaci per la contraccezione orale d'emergenza. Del campione femminile in studio, il 45,92% ha fatto ricorso ai farmaci, di cui circa il 65% per fallimento di un metodo contraccettivo ordinario e per la maggior parte si sono rivolte al PS, in guardia medica o direttamente in farmacia, sottolineando il carattere emergenziale del farmaco. 286 donne hanno incontrato difficoltà nell'iter per l'acquisto del farmaco, in particolare oltre il 60% non ha ricevuto agevolmente la prescrizione medica.

CONCLUSIONI: Alla luce dei risultati del presente studio, appare chiara la necessità di realizzare un processo di informazione dei cittadini e di formazione del personale medico-sanitario in tema di contraccezione orale d'emergenza. Al fine di contribuire a tale processo, al momento di registrazione anonima delle risposte appariva ai rispondenti un messaggio volto a ricordare le funzioni della contraccezione di emergenza e veniva fornito un link di reindirizzamento al sito del Ministero della Salute sul quale sono riportate tutte le informazioni relative alla contraccezione d'emergenza, con particolare attenzione alle modalità d'uso, di prescrizione, effetti collaterali e controindicazioni. Nella stessa pagina sono inoltre presenti i riferimenti normativi e una sezione FAQ per approfondimenti. Per quanto concerne il campione maschile, i dati raccolti fanno emergere la volontà da parte degli uomini di essere informati sulla contraccezione orale d'emergenza, con una percentuale del 99,16%; nessuno degli intervistati è venuto a conoscenza dell'argomento tramite MMG ma molti (256 su 590, 43%) lo indicano come canale informativo preferenziale. Tuttavia, è importante sottolineare che, come evidenziato da altri studi condotti dal nostro gruppo di lavoro, soprattutto la fascia d'età giovane non è solita interfacciarsi con il MMG in quanto tende a essere in buona salute. Per quanto concerne il campione femminile, è indubbio che la conoscenza derivante dall'ambito professionale impatti positivamente sulla media totale di 2,41 così come evidenziato dai test statistici. Tuttavia, le percentuali relative alla disinformazione e alle informazioni errate mettono in luce la necessità di implementare l'informazione presente nelle aule accademiche, soprattutto in relazione alla possibilità da parte del medico di fare ricorso all'obiezione di coscienza e sugli effetti avversi su di un eventuale nascituro qualora dovesse instaurarsi una gravidanza nonostante l'utilizzo della contraccezione orale d'emergenza. Un processo di informazione ancora più ampio deve essere invece rivolto al territorio, al fine di educare le donne e la popolazione tutta non solo alla contraccezione d'emergenza ma a un utilizzo corretto della contraccezione ordinaria, consen-

tendo quindi una piena e consapevole sessualità. Tali conclusioni risultano totalmente in linea con quanto emerso dallo studio di farmacoutilizzazione svolto a partire dalla popolazione attiva di sesso femminile in carico agli 800 MMG del network Health Search. Secondo letteratura, circa il 42% delle donne italiane con meno di 25 anni non fa uso di alcun metodo contraccettivo durante la prima esperienza sessuale; la contraccezione ormonale viene scelta solo dal 16,2% delle donne – un dato fra i più bassi a livello europeo considerando una media pari al 21,4% – con marcate differenze a livello regionale. Nella popolazione di assistiti degli MMG ricercatori HS, tra il 2010 e il 2019 è emersa una progressiva riduzione nella prevalenza d'uso della terapia contraccettiva ormonale nonché della contraccezione d'emergenza (0,03% nel 2019 rispetto allo 0,15% riscontrato nel 2010), con un aumento netto della frequenza d'uso dei generici. In entrambi gli studi, le motivazioni alla base del mancato utilizzo della contraccezione ormonale riguardano principalmente i rischi per la salute e gli effetti estetici; in particolare, la COE viene considerata una vera e propria "bomba ormonale" e pertanto troppo rischiosa. Pur insistendo sulla emergenzialità della richiesta, bisogna rassicurare le pazienti poiché il dosaggio ormonale è molto basso e il tempo di somministrazione decisamente breve; quindi, l'uso del farmaco è considerato vantaggioso rispetto a rischi provati e teorici. Tuttavia, è di fondamentale importanza che il MMG, di fronte a una richiesta di contraccezione d'emergenza, intervenga al fine di incentivare un uso corretto della contraccezione ordinaria.

Aderenza terapeutica ed eventi avversi in pazienti affetti da diabete mellito tipo 2: uno studio trasversale nel setting della Medicina Generale

Lucia Muraca¹, Giacinto Nanci², Caterina Palleria³, Giovambattista De Sarro³, Luca Gallelli³

¹ SIMG Calabria MMG ASP Catanzaro; ² MMG ASP Catanzaro; ³ Department of Health Science, School of Medicine, University of Catanzaro, Operative Unit of Clinical Pharmacology, Mater Domini University Hospital, Catanzaro, Italy

INTRODUZIONE: Il diabete mellito tipo 2 (DM2) è una malattia cronica in cui vari fattori genetici e ambientali (Palleria et al., 2016; Langenberg e Lotta, 2018) concorrono all'incremento della morbilità e della mortalità, Il DM2 costituisce oltre il 90% di tutti i casi di diabete (International

Diabetes Federation, 2015), con oltre 3 milioni 200mila persone affette in Italia (Gargiulo et al., 2017) e circa 400 milioni nel mondo, con un aumento previsto a 643 milioni entro il 2040 (Cho et al., 2018). Nonostante la disponibilità di varie opzioni terapeutiche [sulfoniluree (SUs)], tiazolidinedioni (TZD), biguanidi, inibitori dell'alfa-glucosidasi, dipeptidil peptidasi 4 (DPP IV-i), agonisti del glucagone come peptide 1 (GLP1A), inibitori del co-trasportatore-2 del sodio-glucosio (SGLT2-i), la scarsa aderenza alla terapia e lo sviluppo di reazioni avverse (RAF) rappresentano il limite del trattamento e si associano all'aumento della spesa sanitaria complessiva (McGovern et al., 2016; Kennedy Martin et al., 2017; Mehdi Hazavehei et al., 2019). Per tale motivo, scopo del presente studio è stato quello di valutare l'aderenza ai trattamenti farmacologici antidiabetici in pazienti affetti da DM2.

METODI: È stato effettuato uno studio prospettico sui pazienti afferenti agli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG). L'aderenza ai farmaci è stata misurata con la versione italiana del questionario *Morisky self-reported* (MMAS-8) e, quindi, i pazienti sono stati stratificati in gruppi a bassa, media e alta aderenza. I fattori che influenzano l'aderenza sono stati studiati statisticamente mediante analisi unitaria e multivariata.

RISULTATI: Sono stati arruolati 670 pazienti in 14 mesi a partire da settembre 2018 sino a dicembre 2019. I pazienti sottoposti a screening con la scala Morisky sono stati stratificati in pazienti con una alta aderenza terapeutica (405 pazienti circa il 60,4%), media aderenza terapeutica (168 pazienti circa il 25,1%) e bassa aderenza (97 pazienti circa 14,5%). Il gruppo a bassa aderenza ha avuto un'incidenza di RAF di circa il 50% mentre nel gruppo ad alta aderenza solo il 23% dei pazienti ha sviluppato una RAF. Inoltre, circa l'83% dei pazienti in entrambi i gruppi di alta e bassa aderenza aveva almeno una comorbidità. I pazienti più aderenti sono risultati quelli in monoterapia (64,5%). L'analisi dei dati ha mostrato che l'alta aderenza è negativamente correlata a RAF.

CONCLUSIONI: Il minor uso di farmaci si associa a un'aumentata aderenza e a una ridotto rischio di sviluppo di RAF. A oggi, questo studio è uno dei primi che descrivono l'aderenza alla terapia e che quantifica le RAF associate al trattamento antidiabetico nel setting della Medicina Generale, fornendo dati utili sulla gestione di questi pazienti nella real life. L'aderenza ai trattamenti prescritti è un fenomeno complesso che dipende da diversi fattori clinici, individuali, economici ed è anche legato al tipo di farmaco e allo sviluppo di RAF. Valutare le condizioni e i fattori che portano alla comparsa di RAF nei pazienti con DM2, diventa dunque necessario per incre-

mentare l'aderenza al trattamento e migliorare il controllo della malattia.

Determinanti socio-sanitari in una coorte di pazienti fragili over 64 del II municipio di Roma

Cristiana Nardone, Giulio Nati

INTRODUZIONE: Nello scenario epidemiologico mondiale, è possibile osservare un rapido e progressivo invecchiamento della popolazione dovuto in ugual misura all'aumento dell'età media e alla riduzione del tasso di fertilità. Il principale obiettivo del nostro studio consiste nel valutare l'incidenza di diversi determinanti sociosanitari in una coorte di pazienti fragili over 64 selezionati tra gli assistiti di quattro medici di Medicina Generale operanti nel secondo municipio di Roma. In tal modo abbiamo cercato di delineare gli ambiti assistenziali che gioverebbero in particolar modo del nostro intervento.

MATERIALI E METODI: abbiamo condotto, tramite un'indagine epidemiologica, uno studio di coorte durante il mese di settembre 2020. Il campione clinico generale è costituito da 1447 soggetti over 64, all'intero del quale è possibile individuare 182 pazienti con classe di fragilità di Rockwood maggiore o uguale a 5. Lo studio si articola in due step: nel primo abbiamo valutato la fragilità del nostro campione generale utilizzando come test di screening la scala di Rockwood, nel secondo abbiamo selezionato i pazienti maggiormente fragili e abbiamo valutato l'incidenza dei determinanti sociosanitari in questa coorte.

RISULTATI: La classe di fragilità maggiormente riscontrata nel campione generale per ambo i sessi è la classe 3, attribuibile al 37,5% delle femmine e al 36,9% dei maschi. All'interno del sottogruppo analizzato il valore più frequente di classe di fragilità di Rockwood riscontrato è stato pari a 5 in entrambi i sessi. Relativamente all'analisi dei determinanti abbiamo riscontrato che più del 50% dei pazienti ha ADL conservate ma IADL nulle, il 41,8% ha funzioni cognitive parzialmente ridotte, tra i disturbi psichici quello più frequente è l'ansia seguita dalla depressione, il 46,2% ha un'invalidità civile con indennità di accompagnamento del 100%, il 42,3% ha necessità di assistenza h24 e il 28% ha necessità di assistenza parziale. L'assistenza fornita al paziente è nel 36,3% esclusivamente di tipo familiare, le strutture residenziali sono risultate adeguate nel 91,2% dei casi, la rete relazionale è presente nel 69,2% dei pazienti. Il 52,7% dei pazienti ha un'istruzione di grado superiore, l'alimentazione è adeguata nell'83%, il 9,3% ha subito fratture nell'ultimo anno e il 18,7% ricoveri. Il 60,4% è sottoposto a polifarmacoterapia.

CONCLUSIONI: I risultati del nostro studio sottolineano, in accordo con la letteratura scientifica più recente, l'utilità di ricorrere a test di screening per individuare i pazienti più fragili nonché la necessità di prestare una crescente attenzione al contesto socio-economico in cui questi sono inseriti.

Un percorso formativo complesso: dalle aule universitarie all'ambulatorio di Medicina Generale nel territorio

Loris Pagano

OBIETTIVI: La Medicina Generale in Italia, dopo l'istituzione del SSN nel 1978, ha subito una progressiva e profonda modifica, diventando sempre più idonea alle esigenze della medicina moderna, ottenendo riconoscimenti a livello scientifico e accademico. Il medico di medicina generale (MMG) ha perfezionato le sue competenze passando dalla prevalente cura di patologie acute alla gestione di patologie croniche e degenerative, con particolare attenzione alla gestione del paziente anziano e del paziente fragile per l'intera durata della vita, affrontando problemi assistenziali anche non medici, con capacità di supporto psicologico per l'intera famiglia. Il MMG pertanto è chiamato anche a collaborare alla gestione delle risorse disponibili con appropriatezza terapeutica, prescrittiva e gestionale. Negli ultimi anni il territorio ha rappresentato il centro delle "cure primarie" nel quale il MMG deve sempre più acquisire competenze interdisciplinari e relazionarsi con tutte le figure professionali facenti parti della sanità, il medico specialista, il medico ospedaliero, l'infermiere dell'assistenza domiciliare, l'operatore dei servizi sociali e i vari caregiver, sviluppando una rete di rapporti. Siamo entrati ormai in un imponente ricambio generazionale all'interno del SSN e in parti-colare della Medicina di Famiglia, in cui le nuove tecnologie, sempre però nella consapevolezza che non si debba prescindere la componente umana, sono entrate a pieno titolo a far parte della strumentazione del medico.

MATERIALI E METODI: Un MMG moderno e attento deve fornire ai propri assistiti servizi che sa padroneggiare tecnicamente come la spirometria, la Telemedicina, l'ecografia generalista, gestire la terapia del dolore e altro, ma questo non deve essere a discapito del principale ruolo di prevenzione e assistenza che resta l'unico vero obiettivo primario. Per essere al passo con le nuove tecnologie, con le nuove patologie, con le nuove terapie, è fondamentale una formazione continua del Medico e nel caso specifico del Medico di Medicina Generale. Un per-corso

ormai auspicabile da un recente post laurea al momento della pensione ma che sempre di più deve investire gli ultimi anni della preparazione universitaria denominata del Biennio Clinico. La formazione oggi presenta una diversità di proposte (FAD, Convegni, Congressi, Focus on etc.) quasi senza limiti anche se bi-sogna sempre prestare attenzione alla qualità e alla effettiva novità dell'informazione e formazione offerta. Il tutto rafforzato dall'obbligo della "Educazione continua in medicina" il programma nazionale di attività formative, attivo in Italia dal 2002. L'ECM dovrebbe garantire il mantenimento di un elevato livello di conoscenze relative alla teoria, pratica e comunicazione in campo sanitario, ma sappiamo bene come a volte si vivano gli obblighi mentre la formazione e l'aggiornamento invece dovrebbero sempre di più essere un desiderio, una realizzazione di un percorso professionale di crescita per camminare pari passo ai tempi che cambiano. In questo percorso formativo e di aggiornamento sempre di più risalta e si manifesta il ruolo importante della Medicina Generale nel Core Curriculum del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. La formazione è quindi imprescindibile e deve allargare il suo orizzonte per diventare anche formazione di docenti che siano in grado di trasmettere competenze e nozioni ai futuri medici in modo moderno e corretto. Per insegnare in modo efficace non basta la conoscenza approfondita della disciplina di insegnamento, occorre imparare a insegnare partecipando a programmi formativi ad hoc, ponendo sempre distinzione tra: - Formazione iniziale; - Formazione continua (o permanente). Questo tipo di Formazione, che si può perfezionare già in ambito universitario, è prevalentemente offerta come workshop, seminari e corsi brevi. Il workshop è uno dei format più popolari grazie all'inerente flessibilità che ne caratterizza il metodo insieme alla promozione dell'apprendimento attivo. Nell'ambito delle Università si apprezzano una varietà di metodi di insegnamento con questa modalità, comprese lezioni interattive, piccole discussioni di gruppo ed esercizi, giochi di ruolo, simulazioni e apprendimento esperienziale con possibilità di *peer-coaching*, *mentoring*, autoapprendimento diretto e assistito dal computer. Le attività didattiche così possono poi essere applicate nell'esperienza quotidiana presso il medico di famiglia con caratteristiche peculiari: gli studenti che vengono messi a contatto per la prima volta con la medicina territoriale e di prossimità, conosceranno in questo ambito la differenza rispetto all'attività in reparto nel rapporto con il paziente soprattutto in stato di malattia cronica, l'assistenza domiciliare e le campagne di prevenzione sul territorio. La situazione attuale riguardante l'insegnamento della Medicina Generale nell'Università cerca

di essere il più possibile allineata in tutto il territorio nazionale alle normative che ormai sono applicate in base alla recente modifica dello svolgimento dell'esame di stato nel suo iter pre-laurea. È necessario sottolineare la necessità di un insegnamento ad hoc, tramite una didattica specifica che non può essere lasciata alla sola buona volontà di tutti i tutor coinvolti nei tirocini, i quali vanno formati per insegnare e valutare le competenze richieste. In Italia la riforma dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo, in seguito all'introduzione del tirocinio valutativo della durata di un mese presso lo studio di un medico di Medicina Generale pre-laurea, pone di conseguenza il problema dell'attuazione di un corso monografico durante formazione dei Laureandi in Medicina e Chirurgia. L'insegnamento della Medicina Generale deve a pieno titolo entrare nel curriculum formativo del Medico-Chirurgo italiano (e per proprietà transitiva europeo) in seguito a molteplici motivazioni: I metodi e i contenuti della Medicina Generale sono un riferimento imprescindibile per tutti i professionisti sanitari – gran parte dei laureati in Medicina e Chirurgia eserciterà la Medicina Generale nel proprio futuro professionale – le direttive Comunitarie Europee prevedono l'insegnamento clinico sul territorio.

CONCLUSIONE: I docenti-tutor devono essere consapevoli della loro missione e il loro comportamento professionale deve improntarsi al rispetto dell'etica dell'impegno, della responsabilità, della comunicazione e della relazione. La dimensione tipica dell'insegnare si fonda sulla parola, sul confronto, gestiti in forma razionale e comunicativa. I docenti dovranno saper comunicare agli studenti il rispetto nei confronti del paziente oltre che nel corretto agire clinico, i diritti dello stesso in riferimento ai rischi di perdita della dignità personale o della fiducia, oltre al "saper fare" previsto dalle core curriculum deve "saper essere", rispettare i diritti fondamentali del paziente. Il significato di tutor comprende pertanto il concetto di un elemento che sostiene, facilita la crescita e potenzia l'autonomia di chi gli è stato affidato. E' conseguente che la formazione del Medico di Famiglia deve seguire un percorso già delineato nelle sue parti fondanti e trovare poi approfondimento non solo teorico ma prevalentemente pratico per poter essere immediatamente operativi sul territorio, riconosciuti anche da alta e qualificata preparazione culturale e tecnica con la realizzazione e standardizzazione nazionale di percorsi regionali che possano rilasciare certificazioni e riconoscimenti validi sia a livello nazionale che europeo. In questo percorso siamo tutti coinvolti in quanto all'esperienza professionale deve essere affiancata la freschezza, la capacità tecnologica e la voglia di crescere professionalmente appartenente al

giovane in formazione prelaurea, post laurea e di formazione specifica.

Questa profonda trasformazione della sanità che la pandemia del COVID-19 ha generato, ha fatto sì che per i neolaureati in Medicina e Chirurgia sia possibile esercitare la professione non appena concluso il percorso di studi; proprio per questo nuovo scenario è importante che la preparazione al mondo del lavoro cominci immediatamente.

Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi in tema di benessere e salute della popolazione transgender: survey nazionale dedicata ai medici di medicina generale

Marina Pierdominici¹, Matteo Marconi¹, Rosa Pedale², Maurizio Cancian², Ignazio Grattagliano², Claudio Cricelli²

¹ Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità; ² SIMG

INTRODUZIONE: Transgender è un termine ombrello usato per descrivere quelle persone la cui identità di genere non è percepita come allineata al genere assegnato alla nascita. La condizione per cui la persona presenta un non allineamento tra identità di genere e sesso biologico si definisce anche incongruenza di genere. In alcuni casi l'incongruenza di genere si associa a profonda sofferenza, ansia, depressione e/o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree. Per questo motivo alcune persone transgender, ma non tutte, decidono di intervenire sul proprio corpo per renderlo più simile a come si sentono attraverso un percorso medico di affermazione di genere che procede per fasi successive e può prevedere un trattamento ormonale e/o chirurgico. In linea con le raccomandazioni internazionali, questo percorso coinvolge un'equipe multidisciplinare di cui il medico di medicina generale rappresenta la prima interfaccia in quanto medico di fiducia che offre ai cittadini un approccio personalizzato, integrato e continuativo. La letteratura scientifica e la maggior parte delle associazioni di rappresentanza hanno sottolineato che le persone transgender molto spesso sono costrette a subire diverse forme di discriminazione con conseguenti difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari a causa di mancata formazione, esperienze e conoscenza delle esigenze di questa fascia di utenza da parte degli operatori sanitari. In particolare, dati internazionali e nostri dati in corso di pubblicazione hanno evidenziato che la mancanza di conoscenze in

tema di benessere e salute della popolazione transgender, così come l'uso di una terminologia inappropriata (per esempio uso non corretto del nome) da parte degli operatori sanitari, rappresentano le maggiori criticità riscontrate dagli utenti che spesso, come conseguenza, decidono di non accedere ai servizi sanitari (o se ne allontanano dopo un primo accesso) ricorrendo talora all'auto-somministrazione di farmaci, in particolare gli ormoni sessuali, in assenza di adeguati controlli medici. D'altra parte, lavorare con le persone transgender richiede specifiche competenze che i percorsi formativi non forniscono; a oggi, infatti, la formazione degli operatori sanitari in questo senso è lasciata per lo più all'iniziativa e alla sensibilità personale. Questa carenza formativa rappresenta una grande lacuna per tutti gli operatori sanitari che potrebbero trovarsi ad avere a che fare nel proprio lavoro con tale popolazione. Al riguardo, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Presidenza del Consiglio dei Ministri e con il supporto di Fondazione The Bridge, ha predisposto una survey nazionale finalizzata a verificare i livelli di conoscenza dei medici di medicina generale sulla tematica relativa al benessere e alla salute delle persone transgender.

MATERIALI E METODI: Questionario, in formato elettronico a domande chiuse e aperte, validato mediante focus group. Compilazione on line, in forma anonima, mediante utilizzo di una piattaforma web (IdSurvey). L'invito a partecipare allo studio sarà condiviso dalle principali associazioni di categoria o società scientifiche attraverso le loro mailing list. Tempo di compilazione previsto, 7-8 minuti. Link al questionario:



RISULTATI ATTESI: Verificare i livelli di conoscenza sui seguenti temi:

- terminologia;
- percorso medico di affermazione di genere;
- necessità formative.

Poiché a oggi la tematica affrontata non è inclusa nella formazione universitaria né oggetto di formazione continua istituzionale, è possibile che non si riesca a rispondere a molte delle domande poste. Al completamento del questionario sarà possibile scaricare in formato digitale il volume "Vite percorse e percorsi di vita", a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha lo scopo di sensibilizzare e informare in tema di benessere e salute delle persone transgender.

CONCLUSIONI: I risultati ottenuti consentiranno di effettuare un'analisi dei bisogni formativi

dei medici di medicina generale al fine di una successiva programmazione formativa ad hoc. La conoscenza dello stato dell'arte avrà in ultimo lo scopo di contribuire a fornire indicazioni per una effettiva presa in carico della popolazione transgender a oggi marginalizzata rispetto alle politiche sanitarie.

Eco addome nel follow-up delle lesioni cistiche spleniche post traumatiche

Federica Ponzi

Nel 2018 il sig. DFC di anni 32 anni si recava in Pronto Soccorso in seguito a un incidente stradale con motociclo.

Il paziente presentava un trauma toracico con frattura delle ultime due coste fluttuanti sinistre. All'EO mostrava lieve ecchimosi cutanea con dolore alla digitopressione. Veniva eseguita in urgenza una TC senza mdc per valutare la presenza di emorragie addominali. La TC mostrava la presenza di una cisti splenica delle dimensioni 44x47 mm nel terzo medio, era negativa per emorragie intra addominali. Veniva eseguita dopo qualche giorno un'ecografia addome superiore per valutarne l'evoluzione. L'indagine ecografica mostrava una lesione anecogena rotondeggiante della dimensione di 45 x 45 mm, invariata quindi nelle dimensioni rispetto alla TC. Il paziente veniva inserito in un programma di monitoraggio ecografico annuale della lesione splenica post traumatica, che nel corso del tempo restava asintomatica. Eseguiva nel 2019 tre ecografie addome superiore con tre operatori diversi i quali refertavano la lesione come cisti post traumatica di 55 mm di diametro. Nel 2020 la cisti aveva mostrato una crescita che la rendeva 62x69 mm. Nell'agosto 2021 il paziente giungeva alla nostra attenzione. La lesione splenica era rimasta nel corso del tempo sempre asintomatica. All'ecografia addominale appariva come una lesione rotondeggiante a margini definiti priva di capsula del diametro di 80 mm, assenza di segnale vascolare, compatibile con una pseudocisti splenica post traumatica. Le lesioni spleniche cistiche vengono classificate in cisti e pseudocisti a seconda della presenza o meno di una parete.

Le cisti spleniche vengono classificate in:

- cisti parassitarie;
- cisti non parassitarie.

Le cisti non parassitarie possono essere:

- congenite;
- traumatiche;
- infiammatorie;
- neoplastiche;
- degenerative.

Le pseudocisti sono molto più comuni delle cisti.

Queste possono essere:

- post traumatiche (emorragiche o sierose);
- degenerative (post infartuali);
- infiammatorie.

Le pseudocisti post traumatiche possono essere dovute a lacerazioni dei vasi sanguigni senza rottura della capsula, che quindi trattiene il fluido. Il contenuto può quindi essere sangue misto a detriti necrotici. Tendono a essere uniloculari, semplici, prive di setti e con calcificazioni tardive. Frequentemente le cisti spleniche post traumatiche si presentano con dolore nel quadrante addominale superiore sinistro, massa alla palpazione in ipocondrio sinistro. I sintomi sono collegati alla massa della cisti, quelle di piccole dimensioni tendono a essere asintomatiche. Sebbene nel 40% dei casi il sintomo cardine sia dolore in ipocondrio sinistro, questo può manifestarsi con grande variabilità anche a livello lombare, toracico e a livello della spalla. La sensazione di discomfort addominale tende a manifestarsi nel 60% dei casi in genere nelle fasi post prandiali. La pressione sullo stomaco può determinare nausea, vomito, senso di ripienezza gastrica; il coinvolgimento dei restanti tratti del sistema gastroenterico può provocare costipazione, flatulenza, diarrea, così come si può avere dispnea, dolore toracico, tosse e tachicardia per compressione di parti del sistema cardio polmonare o dolore lombare per pressione sulla pelvi renale e sulla giunzione uretero-pelvica. Presentazioni inusuali possono essere effusione pleurica sinistra, empiema per rottura nel diaframma, emoperitoneo per rottura spontanea in addome. Nelle condizioni in cui la valutazione ultrasonografica tende a essere non ottimale va posto in diagnosi differenziale (soprattutto nei pazienti anziani in cui spesso non sono noti traumi maggiori) con l'aneurisma calcifico dell'arteria renale.

Non esistono linee guida ben definite sulla gestione delle lesioni cistiche spleniche post traumatiche. Se inferiori a 50 mm di diametro e asintomatiche vi è un'alta probabilità di involuzione in 3-36 mesi e quindi possono essere soltanto monitorate. Il follow-up ecografico può mostrare risoluzione della lesione o progressione della stessa. Nel caso in cui si abbia progressione con il superamento delle dimensioni di 50 mm di diametro il paziente va inviato a videat chirurgico.

Tu chiamala se vuoi ... terza età. La sarcopenia nello studio del medico di famiglia

Lupo Giacomo Pulcino

RAZIONALE: Grazie ai progressi raggiunti in ambito sociale, medico e tecnologico l'aspet-

tativa di vita è aumentata rispetto al passato raggiungendo in media gli 80 anni di età nei Paesi industrializzati. Questo ha comportato un aumento della popolazione anziana con una previsione per il 2050, secondo la *World Health Organization*, di almeno 2 miliardi di persone.

In Europa, l'Italia è al secondo posto dopo la Germania per numero di anziani rispetto alla popolazione generale. Il processo d'invecchiamento è responsabile di numerosi cambiamenti nel corpo umano, inclusa la perdita di massa muscolare. Seppure con un'ampia variabilità interindividuale, circa l'1-2% della massa muscolare viene persa ogni anno dopo la quinta decade per una riduzione totale compresa tra il 30 e il 50% all'età di 80 anni. Entro determinati limiti e in assenza di riduzione della forza e/o performance fisica, la perdita di massa muscolare non configura uno stato patologico. Per identificare invece tutti gli altri casi in cui è riscontrabile un impatto sulla qualità di vita e salute è stato coniato il termine di sarcopenia. La sarcopenia rappresenta un disturbo molto frequente nella popolazione anziana, circa il 10-15% degli ultra-65enni 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 sarcopenia è correlata a elevati costi per la società, sia diretti che indiretti. Nonostante tutto ciò, la sarcopenia resta scarsamente riconosciuta dai medici e quindi sotto-diagnosticata o non trattata correttamente. Affrontare i disturbi sarcopenici, 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 PRIMARIO: Identificare in una popolazione di soggetti ultra65enni, nel setting della Medicina Generale, il rischio di malattia sarcopenica, valutando la coesistenza con eventuali patologie concomitanti e il loro life style.

OBIETTIVO SECONDARIO: Individuati i pazienti con sospetta diagnosi di sarcopenia, migliorare la loro presa in carico creando un percorso assistenziale che prevede la connessione diretta con il secondo livello ospedaliero, un ambulatorio dedicato e indicazioni sullo stile di vita, al fine di migliorare l'impatto sulla qualità di vita e salute cercando di ridurre gli effetti sistemici e conseguentemente rallentare la progressione di tale patologia.

MATERIALI & METODI: Il gruppo di MMG partecipanti ha reclutato 321 soggetti ultra 65enni giunti alla loro osservazione nei tre mesi di durata dello studio. A tali pazienti è stato sottoposto il questionario SARC-F utile per un approccio di

screening alla malattia sarcopenica e chiesto di compilare una scheda in cui si annotava la presenza di patologie concomitanti e il life style, I pazienti che presentavano un quadro con valori di SARC-F ≥ 4 sono stati inviati a un ambulatorio dedicato ed è stato proposto:

1. una consulenza alimentare;
2. una consulenza motoria.

Valutando a tre mesi efficacia del trattamento, invitando i pazienti a ricompilare il questionario in orari e giorni a loro dedicati. In caso di mancato miglioramento inviati al un secondo livello di approfondimento.

RISULTATI: I risultati dello studio mostrano che il rischio di malattia sarcopenica ha una prevalenza pari al 20%. In particolare nei pazienti che presentavano un quadro con valori di SARC-F ≥ 4 si è evidenziato:

1. elevata correlazione con patologie di tipo organico quali: malattie cardio/dismetaboliche (ipertensione 30%, obesità 15% e diabete mellito 30%);
2. correlazione di tipo esponenziale con stili di vita caratterizzati da assenza di una qualsiasi attività sportiva 86%;
3. lieve prevalenza nel sesso maschile 57%;
4. fascia di età maggiormente coinvolta > 75 con il 43%;
5. l'86% fuma da oltre 10 anni.

CONCLUSIONI: Lo studio dimostra la necessità di screenare nell'ambulatorio del medico di famiglia i pazienti ultra65enni per far emergere e diagnosticare quanto prima quadri di malattia sarcopenica in modo da mettere in atto tutte le strategie possibili, farmacologiche e non, per migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti

CONSIDERAZIONE PER LA DISCUSSIONE E/O

RELAZIONE: Prima di ricorrere a metodiche avanzate per la misura dei suddetti parametri per giungere alla diagnosi di sarcopenia, è stata proposta la somministrazione di un questionario di semplice utilizzo come approccio di screening, il SARC-F, recentemente validato, che si compone di 5 domande per indagare: 1) forza muscolare; 2) necessità di assistenza nella deambulazione; 3) difficoltà nell'alzarsi da una sedia; 4) difficoltà nel salire le scale; 5) numero di cadute nell'ultimo anno. A ogni item viene assegnato un valore da 0 a 2 per un punteggio totale massimo di 10; valori di SARC-F ≥ 4 sono associati a una limitazione nelle attività fisiche e predittivi di un rischio elevato di eventi avversi. Come suggerito dall'*International Clinical Practice Guidelines For Sarcopenia* (ICFSR) è utile eseguire lo screening per la sarcopenia annualmente in tutti i soggetti di età > 65 anni o in caso di importanti eventi nella storia clinica del paziente, come le cadute o l'ospedalizzazione.

La perdita della massa muscolare, della forza e quindi della performance fisica è uno dei fenomeni che si manifestano comunemente con l'avanzare dell'età, ma può presentarsi anche in situazioni di eccessiva sedentarietà, di immobilità forzata – ad esempio a causa di un'ingessatura o in seguito a un'operazione chirurgica – e in presenza di patologie invalidanti. La massa muscolare cresce e si sviluppa a partire dall'infanzia, durante tutto il periodo adolescenziale fino anche ai 30 anni. Dopodiché, il contenuto e la funzione cellulare dei muscoli iniziano a ridursi, dapprima lentamente e, con l'avanzare dell'età, sempre più rapidamente. Quando questo declino neuromotorio assume contorni clinici si parla di sarcopenia, dal greco "sarx =carne" e "penia=perdita". Il fenomeno della sarcopenia ha profonde ripercussioni sulle capacità motorie e sul livello di attività fisica dei soggetti: nei casi più gravi compromette l'autonomia di movimento, l'equilibrio diviene instabile, si diventa incapaci di salire e scendere le scale o portare a casa la spesa, la frequenza del passo risulta fortemente ridotta: quindi oltre al detrimento dei muscoli, si verifica anche una diminuzione della vitalità. Questo fenomeno inizia a comparire intorno alla quarta decade di vita, determinando una perdita di massa muscolare del 3-5% entro i 50 anni e successivamente dell'1-2% ogni anno, arrivando a dimezzare il patrimonio muscolare entro i 75 anni d'età in circa il 40% dei soggetti, prevalentemente, anche se in maniera molto leggera, in quelli di sesso maschile piuttosto che femminile. Nonostante sia un processo inevitabile, soprattutto con l'insorgere della terza età, esistono vari accorgimenti che aiutano a contrastare e prevenire la perdita di massa muscolare.

In particolare una pratica regolare dell'attività fisica e l'adozione di un'alimentazione adeguata rappresentano le linee guida per mantenere i muscoli in salute.

• L'attività fisica costante e l'allenamento della forza non solo aumentano e mantengono la massa muscolare, ma anche la densità minerale delle ossa, contrastando quindi anche l'osteoporosi.

• L'alimentazione corretta deve essere varia, bilanciata e, soprattutto in età avanzata, prevedere il giusto apporto di proteine e nutrienti, tenendo conto delle ridotte capacità anaboliche.

• Qualora questi accorgimenti non fossero sufficienti o per particolari esigenze si possono prendere in considerazione nuove strategie che includono l'utilizzo di integratori e supplementi dietetici mirati.

L'ipotiroidismo in Medicina Generale: pratica clinica apparentemente semplice?

Alessandra Rizzolatti¹,
Giuseppe Cappello², Marina Pellegrini²,
Stefano Bertolissi², Carlo Fabris², Alberto
Fragali³, Luigi Canciani³, Mara Pellizzari³

¹ CEFORMED, Monfalcone; ² MMG, Distretto Udine;
³ Direzione, Distretto Udine

INTRODUZIONE: L'ipotiroidismo è una patologia cronica frequente nel set della Medicina Generale. Riguarda spesso soggetti anziani affetti da altre patologie e multiple terapie. Mentre la letteratura specialistica è ricchissima, non appare ben definito il ruolo del medico di medicina generale (MMG), ruolo sicuramente importante in un contesto di cronicità e di comorbidità. Scopo di questo lavoro è: a) caratterizzare nel set della Medicina Generale una popolazione con diagnosi di ipotiroidismo e b) valutare le modificazioni nel tempo dell'assetto ormonale in relazione alle variabili demografiche e cliniche.

MATERIALI E METODI: Sono stati inclusi 586 pazienti con diagnosi documentata di ipotiroidismo in carico a tre MMG: 119 maschi e 467 femmine, età mediana 63 anni (Q1-Q3 = 52-76). In 365 era presente una tiroidite cronica auto-immune (TA), in 124 un ipotiroidismo di altra origine (TO) e in 97 un ipotiroidismo iatrogeno (TI). Tutti i dati pertinenti di questi pazienti, compresa l'autoimmunità quando presente, sono stati estratti dalle cartelle cliniche informatizzate (MILLEWIN). In un ulteriore studio retrospettivo longitudinale è stato preso in considerazione il sottogruppo di 226 pazienti (33 maschi, 193 femmine, età media \pm DS 64,5 \pm 14,6) che avessero una malattia attiva negli ultimi 15 anni e almeno una determinazione del TSH per ogni quinquennio (15-10/10-5/5-0): 138 TA, 34 TO, 54 TI.

RISULTATI: Si è osservato un trend lineare crescente da TA a TO a TI per i seguenti parametri: età > 63 anni (40,8%/62,9%/66,0%, $p < 0,0001$), presenza di fibrillazione atriale (6,3%/12,1%/20,6%, $p < 0,0001$), di ansia-depressione (17,5%/29,8%/29,9%, $p = 0,001$), storia di assunzione di levotiroxina (46,3%/47,6%/91,8%, $p < 0,0001$). Alla regressione multinomiale le variabili indipendentemente associate a TI vs TO vs TA erano: età > 63 anni (O.R. 2,2, 95% C.I. 1,3-3,5, $p < 0,001$), durata malattia >10 anni (O.R. 1,9, 95% C.I. 1,2-3,1, $p < 0,001$), presenza di ansia-depressione (O.R. 1,6, 95% C.I. 0,9-2,7, $p = 0,010$), presenza di fibrillazione atriale (O.R. 2,5, 95% C.I. 1,3-5,0, $p = 0,032$). Nello studio longitudinale si è osservato un incremento di prevalenza, tra l'inizio e la fine

del follow-up, di: ipertensione arteriosa (33,6% vs 48,2%, $p < 0,0001$), fibrillazione atriale (6,2% vs 12,4%, $p = 0,0002$), scompenso cardiaco (1,3% vs 5,3%, $p = 0,0027$), cardiopatia ischemica (3,1% vs 8,4%, $p = 0,0005$). Alla ANOVA per misure ripetute nei tre quinquenni si è evidenziato che i valori di TSH erano: a) sostanzialmente stabili nel tempo per ogni gruppo ($p = 0,401$) ma significativamente più bassi in TI vs TA e TO ($p = 0,002$) (interazione $p = 0,336$) e b) più elevati alla fine del follow-up nei soggetti > 70 anni o affetti da fibrillazione atriale mentre si osservava un andamento opposto nei rimanenti pazienti (interazione $p = 0,001$ e $p = 0,005$).

CONCLUSIONI: L'ipotiroidismo iatrogeno, rispetto alle altre forme, si associa a una età più avanzata, a una storia di malattia più lunga e alla presenza di ansia-depressione e fibrillazione atriale. L'avanzare degli anni e l'aumento di prevalenza di cardiopatie con l'età, quali la fibrillazione atriale, paiono indurre un atteggiamento prudenziale del MMG nella terapia con levo-tiroxina di questi pazienti.

COVID-19 e territorio: epidemiologia dei casi MILD progetto di ricerca e formazione sul campo

Pier Riccardo Rossi^{1,2,3}, Marco Araldi^{1,2,3,4},
Cristiano Piccinelli⁵, Livia Giordano⁵,
Carlo Senore⁵, Gianluigi Ferrante⁵,
Maria Milano^{1,2,3,4}

¹ Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Piemonte; ² SIMG; ³ SIPEM; ⁴ Nodo Group;
⁵ SSD Epidemiologia e Screening-CPO, AOU Città della Salute e della Scienza

INTRODUZIONE: La 1^a ondata COVID ha costretto i medici di medicina generale (MMG) a lavorare in solitudine e nell'incertezza. Quanti sospetti COVID lo erano davvero? Dalla domanda nasce lo studio quantitativo interno a un più ampio progetto di ricerca in collaborazione con SSD Epidemiologia Screening dell'AOU Città della Salute e della scienza.

OBIETTIVI: Documentare il lavoro svolto e valutare le correlazioni tra sintomi e segni di presentazione, caratteristiche dei pazienti (pz), decorsi con effettuazione e positività del tampone (tamp) nei paucisintomatici sospetti COVID-19.

MATERIALI E METODI: I MMG ricercatori sono stati selezionati tra quelli piemontesi con criterio di opportunità e su base volontaria. La popolazione target comprende pz che dal 1/03/20 al 30/06/20 sono stati monitorati dal MMG per influenza *like illness*. La scheda raccolta dati predisposta ad hoc contiene per ogni pz infor-

mazioni (da cartella clinica o intervista) relative a genere, età, n. conviventi, contatto COVID, vaccino influenzale e pneumococcico, fumo, patologie croniche, BMI. Sintomi registrati: febbre, tosse, dispnea, faringite, anosmia, ageusia, malessere generale, rinite, diarrea, congiuntivite, cefalea, vomito. Per conferma dia-gnostica i dati sono: richiesta tamp molecolare, data esecuzione ed esito. Sono riportate quarantena, isolamento, terapie, ricoveri e decessi. Sono state effettuate analisi logisitiche uni/multivariate condotte dai colleghi della SSD Epidemiologia.

RISULTATI: 62 MMG hanno reclutato 1356 pz. Il tamp è stato più richiesto se presente: malessere generale, cefalea, anosmia/ageusia, febbre e dispnea; ai pz più anziani e nei contatti di COVID+. Il tamp è risultato positivo nel 56,7% dei pz con anosmia/ageusia, nel 55,3% pz con dispnea, nel 54,5 % pz con febbre oltre 37,5°, nel 52,1% pz con tosse, nel 51,0% pz con malessere generale, nel 50,0% pz con rinite, nel 49,8% pz con cefalea; i positivi sono < 45% per altri sintomi.

Risultati analisi multivariata: associazione positiva e statisticamente significativa tra età e tamp. positivo (tamp+): la probabilità di esito positivo è significativamente più elevata nei 40-64enni (OR: 1,55, IC: 1,07-2,27) e in over 65 (OR: 2,55, IC: 1,62-4,04) rispetto agli under 40. Non si evidenziano differenze tra uomini e donne. Anosmia/ageusia risultano associati al tamp+ negli under 40 (OR: 2,25, IC: 1,11-4,55), mentre non raggiungono la significatività statistica nei 40-64enni a e non si osserva associazione negli over 65. Andamento inverso per febbre > 37,5°: associazione statisticamente significativa solo negli over 65 (OR: 2,60, IC: 1,29-5,24). La probabilità di tamp+ si riduce negli under 65 con faringodinia (< 40 anni - OR:0,35, IC:0,16-0,78; 40-64 anni - OR:0,34, IC:0,13-0,88), e under 40 con diarrea (OR:0,49, IC:0,29-0,82).

CONCLUSIONI: Lo studio evidenzia come combinazioni di sintomi ed età del paziente migliorano il valore predittivo di positività del tampone, rispetto ai sintomi presi singolarmente. Il miglioramento della capacità predittiva in funzione della sintomatologia può essere elemento chiave per un'appropriatezza delle risorse, sia per future ondate pandemiche sia, nella gestione della pandemia in paesi in via di sviluppo.

Inappropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio in Medicina Generale

Rosa Cinzia Sasso, Tecla Mastronuzzi

Il tema dell'appropriatezza riveste un ruolo sempre maggiore in medicina clinica, in quanto stret-

tamente associato ai concetti di qualità, sicurezza e anche sostenibilità del Sistema Sanitario. La prescrizione di esami di laboratorio avviene all'interno di un ragionamento clinico che conduce alla diagnosi. 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. Ovviamente a questo si affianca la problematica delle prescrizioni indotte dagli specialisti, afferenti all'ambito del Sistema Sanitario Regionale ovvero consultati privatamente dal paziente stesso. Inoltre, l'evidente aumento del "bisogno di salute" manifestato da parte della popolazione, che fa seguito a una maggiore informazione e quindi a una maggiore attenzione da parte dei cittadini alla prevenzione e alla cura delle patologie, incrementa la propensione prescrittiva della diagnostica di laboratorio. I confini della appropriatezza della prescrizione degli esami di laboratorio sono estremamente aleatori e molte linee-guida non prendono in considerazione questi aspetti. L'unico tentativo di normare la rimborsabilità delle prescrizioni di accertamenti diagnostici risale al DM 9 dicembre 2015 (GU 20 gennaio 2016), che individuava le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN.

La prescrizione di triiodotironina libera (FT3) dovrebbe essere riservata alla diagnostica dell'ipertiroidismo, ma non può certo essere considerato un esame di screening per la ricerca di tireopatie. L'urea sierica viene spesso richiesta in associazione alla creatinina e fornisce informazioni relative al metabolismo azotato, tuttavia nulla aggiunge in termini di predittività positiva/negativa rispetto alla creatinina per quanto concerne la funzionalità renale e può essere utile solo in condizioni ed esigenze specifiche. VES e Proteina C Reattiva (PCR) vengono prescritte entrambe per la ricerca di segni sierologici di condizioni flogistiche e la simultanea prescrizione sembra non aggiungere altre informazioni. I cittadini italiani a partire da quelli nati nel 1980 sono per legge vaccinati per l'epatite B nella prima infanzia e pertanto appare sorprendente l'abitudine di ricercare gli anticorpi anti-HBS anche in queste fasce di età e in assenza di segni di epatopatia.

SCOPO DEL LAVORO: Analizzare i comportamenti prescrittivi nell'ambito della Medicina Generale riguardanti le prescrizioni di FT3 in assenza di tireopatia, di urea in assenza di malattia renale, le prescrizioni contemporanee di

VES e PCR, effettuate nell'arco di 5 anni e quantizzare il costo di tali prescrizioni.

MATERIALI E METODI: Per rispondere ai quesiti abbiamo raccolto retrospettivamente i dati di 5 medici di famiglia della provincia di Bari, dal 1° gennaio 2017 al 30 agosto 2021. Per le note difficoltà dovute all'impegno della Medicina Generale durante la pandemia, abbiamo potuto finora analizzare i dati di un solo medico.

RISULTATI: Come evidenziato nella tabella in 287 pazienti sono state prescritte simultaneamente VES e PCR per un costo complessivo di 560 euro, 570 euro sono stati utilizzati per dosare gli ab anti HBS in pazienti nati dopo il 1980 e quindi verosimilmente tutti vaccinati, in 375 pazienti è stato analizzato il dosaggio dell'urea in assenza di anamnesi e/o evidenza di malattia renale con un costo di 412 euro e infine in 415 pazienti non affetti da alcuna patologia tiroidea è stato effettuato il dosaggio di FT3 con una spesa totale di 2490 euro. Globalmente sono stati spesi 4032 euro per l'esecuzione di esami di laboratorio verosimilmente non necessari.

Esame	n.	costo
Prescrizioni simultanee VES-PCR	287	1,95 x 287 = 560 €
Prescrizione anti-HBS in nati dopo il 1980	57	10 x 57 = 570 €
Prescrizioni Urea in assenza di malattia renale	375	1,1 x 375 = 412 €
Prescrizioni FT3 in assenza di patologia tiroidea	415	6 x 415 = 2490 €
		4032 €

CONCLUSIONI: Numerosi ed eterogenei fattori influenzano quotidianamente la prescrizione di esami laboratoristici da parte del MMG: le linee guida, gli aspetti medico-legali, la crescente richiesta da parte dei pazienti, la necessità di un corretto monitoraggio di pazienti complessi, le richieste degli specialisti e molti altri. Gli esami di laboratorio sono uno strumento fondamentale per garantire l'assistenza del malato, ma allo stesso tempo devono essere prescritti e utilizzati nel modo giusto. Dai dati fin ora analizzati si può notare che anche se il costo di ogni esame (PCR, FT3, UREA, anti HBS) in sé può sembrare basso (ad esempio 1,1 euro per il dosaggio dell'urea) il peso globale sulla spesa sanitaria è significativo soprattutto se si considerano tutte le prescrizioni dei MMG, del territorio e ospedalieri. La prescrizione inappropriata di soli 4 esami di laboratorio in un solo studio medico ha determinato una spesa di ben 4032 euro che poteva essere

evitata. Questi risultati evidenziano l'importanza di una maggiore accuratezza nelle prescrizioni cercando di evitare, sulle basi della letteratura consolidata, ciò che è da ritenersi inutile, superfluo o improprio al fine di rendere il più possibile mirato il percorso diagnostico-terapeutico. E' fondamentale ottimizzare le risorse, richiedendo gli esami necessari per la diagnosi e la terapia: esami inutili eseguiti a chi non ha bisogno distolgono risorse per chi ne ha realmente necessità.

Prevalenza della NAFLD e valutazione del rischio cardiovascolare

Riccardo Scoglio

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è la causa più comune di epatopatia cronica nella pratica clinica. I pazienti con NAFLD hanno un rischio elevato di malattie cardiovascolari e neoplastiche e un'aspettativa di vita peggiore rispetto ai soggetti senza steatosi. La NAFLD non presenta marcatori biochimici specifici né segni clinici peculiari. Alcuni score diagnostici, risultanti dall'elaborazione di algoritmi basati su parametri clinici e biochimici, possono essere di aiuto per il medico di medicina generale (MMG) per identificare in maniera indiretta i pazienti affetti o a rischio evolutivo perché affetti da fibrosi epatica, il principale fattore che condiziona la prognosi. Non sono disponibili dati sufficienti sulla prevalenza e sul significato clinico della NAFLD nei pazienti con nuova diagnosi di dislipidemia non essendo stata dimostrata una correlazione fisiopatologica tra le due patologie, entrambe descritte condizioni favorevoli in modo indipendente l'aumento del rischio cardiovascolare.

OBIETTIVI DELLO STUDIO: valutare la prevalenza della NAFLD e il rischio cardiovascolare nei pazienti con nuova diagnosi di iperlipemia familiare combinata.

MATERIALI E METODI: I MMG partecipanti allo studio hanno selezionato i pazienti affetti da iperlipemia familiare combinata esenti da patologie croniche, insulino-resistenza e con consumo alcolico < 2 UA/die. Su tutti i pazienti arruolati è stata valutata la presenza di NAFLD mediante ecografia dell'addome (US) e tramite lo score di steatosi epatica HSI. La fibrosi epatica è stata determinata in modo non invasivo mediante elastografia transitoria (TE) e score FIB4. La presenza di aterosclerosi è stata valutata mediante ecografia carotidea per identificare lo spessore dell'intima media carotidea (c-IMT) e la presenza/assenza di placca.

RISULTATI: Su un totale di 17.703 soggetti in carico a 13 MMG che hanno partecipato allo stu-

dio, sono stati individuati 80 pazienti con i criteri di inclusione. I pazienti arruolati [età media 52,5 ± 9,45 DS; mediana 53,5 (range 18-75 anni); 37 maschi/43 femmine] sono stati indirizzati presso il centro specialistico di riferimento per gli approfondimenti diagnostici. In 60 di questi (75% del totale dei pazienti arruolati) è stata riscontrata steatosi epatica. La steatosi epatica era correlata con l'insulina a digiuno ($p < 0,05$), la rigidità epatica ($p < 0,05$), l'IMC ($p < 0,001$) e inversamente correlata con il colesterolo HDL ($p < 0,05$). La fibrosi epatica era significativamente associata a BMI ($p < 0,001$) e c-IMT ($p < 0,05$) e alla presenza di placca aterosclerotica ($p < 0,05$). FIB4 era in grado di predire indipendentemente la presenza di placca (OR 4.624, $p = 0,008$).

CONCLUSIONI: Nella nostra coorte di pazienti con iperlipemia familiare combinata di nuova diagnosi, abbiamo riscontrato un'elevata prevalenza di steatosi epatica. Lo score FIB4 rappresenta un marcatore precoce di malattia cardiovascolare. Il rischio di placca aterosclerotica è aumentato nei pazienti con fibrosi epatica, rendendo possibile ipotizzare una possibile connessione tra malattia epatica e danno CV nei pazienti dislipidemici.

Influenza dei bifosfonati sul T-score in una coorte di pazienti afferenti a uno studio di Medicina Generale

Rosa Cinzia Sasso, Vincenzo Bini, Mauro Brattoli, Stanislao Caputo, Guido Caradonna

L'incidenza dell'osteoporosi è in crescita, sia la malattia che le complicanze hanno un impatto negativo sulla vita del paziente e un notevole carico economico sul sistema sanitario. La densitometria ossea (DXA) è la tecnica di elezione per la diagnosi e il monitoraggio dell'osteoporosi e misura la densità minerale ossea (BMD). L'unità di misura è rappresentata dalla deviazione standard dal picco medio di massa ossea (T-score). Oltre al T-score, altri fattori, scheletrici ed extra-scheletrici, come età, pregresse fratture da fragilità, familiarità, farmaci, patologie concomitanti condizionano sia il rischio di frattura, sia la decisione di intraprendere un trattamento farmacologico. Le linee guida per la cura dell'osteoporosi indicano i bifosfonati come terapia di prima linea, la cui prescrizione a carico del SSN in Italia è regolamentata dalle note AIFA 42 e 79. Diversi studi hanno mostrato che la somministrazione di bifosfonati determina un aumento del T-score sia a livello femorale che a livello lombare.

SCOPO DEL LAVORO: Valutare se T-score può essere utilizzato dal medico di medicina gene-

TABELLA I.

Terapia		Densitometria 1	Densitometria 2	P value
Alendronato	T score lombare	-2,53 ± 1,4	-2,35 ± 1,0	n.s.
	T score femorale	-2,38 ± 0,9	-2,00 ± 1,1	n.s.
Risedronato	T score lombare	-2,67 ± 1,6	-2,44 ± 1,6	n.s.
	T score femorale	-2,35 ± 0,6	-2,21 ± 0,5	n.s.
Ibadronato	T score lombare	-2,32 ± 1,4	-2,17 ± 1,5	n.s.
	T score femorale	-2,10 ± 0,9	-2,00 ± 0,7	n.s.

rale (MMG) come marker di efficacia della terapia antiosteoporotica. In particolare abbiamo valutato gli effetti dei bifosfonati sul T-score nei pazienti con osteoporosi.

OBIETTIVI SECONDARI: caratterizzare la popolazione di pazienti affetti da osteoporosi, valutare la prevalenza prescrittiva dei diversi farmaci antiosteoporotici, correlare i valori di T-score con le caratteristiche cliniche e biomorali dei pazienti che influenzano lo sviluppo dell'osteoporosi.

MATERIALI E METODI: Sono stati selezionati 549 pazienti affetti da osteoporosi e osteopenia, afferenti a quattro medici di uno studio associato di Medicina Generale. Sono stati analizzati i pazienti che avevano effettuato due DXA a distanza di almeno 2 anni. Sono stati estratti dal software gestionale Millewin dati relativi ad anamnesi fisiologica, stili di vita, patologie che possono predisporre allo sviluppo di osteoporosi, assunzione di farmaci anti-osteoporotici e di farmaci "pro-osteoporotici", parametri antropometrici e biomorali, T-score lombare e femorale ottenuto tramite esecuzione di densitometria a raggi X in 2 tempi (a distanza di almeno 2 anni).

RISULTATI: Sono stati analizzati 549 soggetti pazienti (età media 71 ± 11), 147 erano affetti da osteopenia, 402 erano affetti da osteoporosi. 513 pazienti erano donne e solo 36 uomini. Il 62% dei pazienti presentava una carenza o insufficienza di vitamina D. Il 24 % dei pazienti aveva una frattura in anamnesi, non è stato però possibile ottenere per tutti i pazienti informazioni su data e tipologia della frattura. Tra i farmaci che possono predisporre a osteoporosi segnaliamo che l'82% dei pazienti assumeva un inibitore di pompa protonica. Inoltre a 425 pazienti era stato prescritto cortisone per os o im, tuttavia non siamo riusciti ad avere informazioni sulla durata della terapia. A 184 pazienti osteoporotici era stata prescritta terapia con bifosfonati, 108 dei quali assumevano alendronato. Il 74% dei pazienti assumeva vitamina D, la maggior parte colecalciferolo. Correlando il T score con i parametri che possono influenzare lo sviluppo dell'osteoporosi, abbiamo riscontrato che il T-score femorale correlava inversamente con il BMI ($P < 0,01$) e direttamente con l'età ($P < 0,01$). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative sia tra i T-score (lombare e

femorale) misurati nella prima e nella seconda DXA. Abbiamo quindi analizzato la variazione del T-score nel tempo nei pazienti che assumevano bifosfonati (alendronato, ibadronato e risedronato) (Tab. I). Anche in questo caso non sono state riscontrate differenze statisticamente significative sia tra il T-score nella prima e nella seconda DXA, Tuttavia in tutti i pazienti che assumevano bifosfonati i valori di T-score aumentavano nel tempo.

CONCLUSIONI: In questo studio abbiamo valutato se T-score può essere utilizzato dal MMG come marker di efficacia della terapia antiosteoporotica. Analizzando gli effetti dei bifosfonati sul T-score nei pazienti con osteoporosi non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative sia tra il T-score femorale e lombare nella prima e nella seconda DXA, tuttavia nei pazienti che assumevano bifosfonati si poteva notare un trend positivo ovvero i valori di T-score aumentavano nel tempo. Questo confermava quanto riscontrato in letteratura. Purtroppo non avendo potuto rilevare dati esaustivi sulle fratture non è stato possibile valutare una eventuale riduzione degli eventi fratturativi. Quindi la misurazione nel tempo del T score può darci informazioni utili sulla efficacia della terapia anti osteoporotica prescritta. La valutazione della BMD è adeguata per la diagnosi e il monitoraggio dell'osteoporosi ma ricordiamo che la valutazione di soggetti ad alto rischio di frattura in cui è appropriato un trattamento farmacologico specifico richiede la combinazione di BMD e fattori di rischio indipendenti.

La prevenzione del K-polmonare. Proposta di un progetto

Renato Sammarco

Il carcinoma del polmone è noto essere una malattia alla cui diagnosi sfortunatamente si giunge troppo in ritardo. Causa principale è il fumo del tabacco. Ma non dimentichiamo le cause dovute ai vari fattori ambientali. La letteratura medica evidenzia da molti decenni che la sua mortalità continua a essere elevatissima già pochi mesi dopo la diagnosi. Di fatto sia la chemioterapia, che non permette guarigione al pari di altre malattie neoplastiche, sia la terapia chirurgica è più spesso palliativa.

Il "Progetto S.M.I.L.E." (*Screening and Multiple Intervention on Lung Epidemics*) è un grande progetto dell'UE. Costituisce senza ombra di dubbio un passo avanti nel progresso scientifico-medico della prevenzione secondaria Ca-polmonare.

Purtroppo e in particolar modo nell'ambito preventivo di codesta patologia, la figura e il lavoro del medico di medicina generale (MMG) è sempre marginale. È inconcepibile, nonostante il MMG sia l'unico professionista che segue per lunghi anni i propri pazienti, spesso "invecchia insieme a loro", oltre che risulta essere figura molto gradita ai cittadini dalle indagini di opinione sulla Sanità. Egli da più di due lustri ha a disposizione software efficienti per la gestione della cartella clinica orientata per problemi di salute, potente mezzo da affiancare alla sua proverbiale empatia con i pazienti, di cui conosce le inclinazioni, lo stile di vita, l'anamnesi personale e familiare.

In Provincia di Foggia i MMG lavorano da maggio scorso con colleghi specialisti ed esperti in prevenzione primaria e secondaria del Ca-polmonare. È nato un "team interdisciplinare" specifico che utilizzando la metodologia del "working in progress" per fine settembre prossimo presenterà l'elaborato da attuare al più presto.

Studio sui pazienti affetti da BPCO in follow in una Medicina di Gruppo Integrata secondo il PDTA aziendale - Valutazione dei risultati e prospettive future

Giulia Sartori, Elena Martinello

MMG Medicina di Gruppo Integrata Malo

INTRODUZIONE: La BPCO è una patologia dalla grande rilevanza epidemiologica, destinata ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione. Per questo, sulla spinta del PDTA Regionale, l'AULSS 7 Pedemontana ha creato un percorso per uniformare la gestione dei pazienti affetti da BPCO nel territorio aziendale. Lo scopo di questo studio è stabilire quale sia lo stato dell'arte dell'applicazione del PDTA BPCO nella Medicina di Gruppo Integrata "Kos" di Malo (VI) per quanto concerne l'attività di follow-up e fornire degli spunti per il prosieguo della stessa.

MATERIALI E METODI: Sulla base dei dati raccolti nelle cartelle cartacee ed elettroniche della MGI, è stato creato un database apposito per realizzare delle analisi descrittive e confrontare i dati emersi con quelli della Letteratura scientifica, in particolare italiana. Sono stati inclusi i pazienti che hanno completato almeno una seduta di follow-up entro febbraio 2020.

RISULTATI: Sono stati analizzati i dati di 37 pazienti, di età media tra i 60 e gli 89 anni, per

lo più uomini. Quasi tutti i pazienti sono fumatori o ex fumatori e soffrono per lo più di BPCO lieve (CAT me-dio 9). I due terzi circa soffrono di comorbidità cardiovascolari e un terzo di diabete mellito. Durante il follow-up circa il 20% dei tabagisti ha smesso di fumare. Quasi tutti i pazienti sono in terapia con un broncodilatatore, un SABA nella metà dei casi e un LAMA nel 40%. L'aderenza terapeutica è del 57% al primo follow-up, mentre la percentuale di pazienti vaccinati contro influenza e pneumococco è dell'80%.

CONCLUSIONI: L'applicazione del PDTA permette di migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica nei pazienti con BPCO, assicurando che tutti eseguano la spirometria e ricevano una terapia con broncodilatatore. Le sedute di follow-up permettono di individuare gli errori commessi nella somministrazione del farmaco e di rinforzare il counseling, soprattutto sul fumo. L'aderenza alla terapia e alle vaccinazioni è più alta che nella popolazione generale italiana affetta da BPCO. Questi sono risultati importanti nella gestione della malattia; tuttavia, nel percorso attuale, non viene dato il giusto spazio alla riabilitazione polmonare, che dovrebbe rappresentare uno dei caposalda del management della BPCO e che potrebbe essere svolta in collaborazione con altre figure professionali quali i fisioterapisti. Sarebbe inoltre importante effettuare un maggior numero di diagnosi, individuando più soggetti da sottoporre al test di screening, e aggiornare il PDTA per quanto riguarda la stadiazione dei pazienti, basandosi su criteri clinici, come suggerito dalle linee guida GOLD. Un follow-up clinico è possibile anche in tempi di pandemia di COVID-19 ed è fondamentale per guidare le scelte terapeutiche. Grazie al PDTA, il MMG ha un ruolo centrale perché avvia il percorso diagnostico e gestisce il follow-up, la terapia e le riacutizzazioni; inoltre, insieme all'infermiere, svolge un importante lavoro di counseling su stili di vita e aderenza terapeutica.

Il lock down dei tumori: impennata di incidenza di nuove diagnosi dalla primavera del 2021

Saverio Stranges

Medico di Medicina Generale, Asl di Caserta -
Specialista In Allergologia e Immunologia Clinica

INTRODUZIONE: Lo scopo del lavoro è quello di analizzare l'incidenza di nuove diagnosi di tumori tra il periodo aprile 2020-aprile 2021 e maggio 2021-settembre 2021.

MATERIALI E METODI: Dal totale dei miei pazienti (1665), veniva estratto il numero di pazienti con nuove diagnosi tumorali nei periodi sopraindicati.

RISULTATI: Nel periodo aprile 2020-aprile 2021 veniva formulata un'unica nuova diagnosi di K, mentre nel periodo maggio-settembre 2021 venivano diagnosticati sei casi.

CONCLUSIONI: Da ciò se deduce il grosso impatto che a livello sanitario ci troveremo ad affrontare nei prossimi mesi, con impegno importante di risorse e forza lavoro, che andrebbe programmato per tempo non solo per quanto riguarda i tumori, ma anche per le restanti patologie, in cui sono venute completamente a mancare follow-up e prevenzione.

Integrazione tra ESC Score, Findisc e Q score: un possibile passo verso una diminuzione degli outcome cardiovascolari

Federica Tancredi, Bernardino Bruno,
Federica Ponzi

Gli eventi cardiovascolari continuano a restare tra le prime cause di morte nei paesi occidentali, sebbene siamo molti gli sforzi in prevenzione primaria.

Quale strategia adottare per migliorare l'aderenza dei pazienti a un migliore stile di vita e/o l'aderenza terapeutica?

Può un'integrazione tra diversi score aiutare il medico a individuare quei pazienti bisognosi di un monitoraggio stretto? Una soluzione potrebbe essere una integrazione tra ESC Score, Findisc e Q score.

L'ESC score come noto valuta il rischio di eventi cardiovascolari maggiori a 10 anni, distinguendo i due sessi e considerando età, pressione arteriosa e colesterolo totale, invitando comunque il medico a tenere presente nella valutazione del rischio anche la storia familiare del paziente, il suo profilo lipidico completo, la funzionalità renale, la presenza di diabete mellito di tipo 1 /2, il valore di PCR.

Il Q Score valuta la qualità di cura complessiva erogata al paziente, con un valore compreso tra 0 e 40 calcolato sulla base di 4 parametri: emoglobina glicata, pressione arteriosa, LDL colesterolo, microalbuminuria (anche in base all'utilizzo o meno di ARBs e ACE-I). Se il valore risultante è maggiore di 25 si considera una adeguata cura, se compreso tra 15 e 25 il rischio di eventi cardiovascolari a 3 anni è maggiore del 20% rispetto a quelli con Q score maggiore di 25, se invece il q score è inferiore a 15 il rischio è maggiore dell'80% rispetto alla prima classe.

Il Findisc è un test di 8 domande finalizzate a valutare il rischio di sviluppo di diabete; esso tiene conto di età, BMI, circonferenza vita, attività fisica, assunzione di frutta e verdura, assunzione di farmaci anti ipertensivi, riscontro di una glicemia

alterata, familiarità per diabete mellito tipo 1 o 2. La forte incidenza del diabete nella popolazione mondiale, il suo ruolo nella genesi del danno endoteliale e negli eventi cardiovascolari non può prescindere dal calcolo del rischio cardiovascolare. Il solo ESC score tiene fuori una buona fetta di fattori incidenti sui MACE (*Major Adverse Cardiovascular Events*), e permette di considerare a basso rischio persone in cui il danno vascolare causato dall'iperglicemia pone le basi per una importante disfunzione endoteliale. Inoltre, l'utilizzo sistematico del Findisc permetterebbe di individuare tutte quelle persone a rischio di sviluppare diabete, nelle quali un intervento precoce sicuramente potrebbe portare a un miglioramento della qualità di vita, riducendo di conseguenza il rischio di eventi maggiori cardiovascolari.

Utilità dei test rapidi antigenici nell'ambulatorio del medico di medicina generale. L'esperienza pratica di una Medicina di Gruppo di Udine

Cristina Venuti¹, Claudio Andrioli², Mauro Gubiani², Giovanni Poldelmengo²

¹ Medico di Medicina Generale, SIMG Udine;

² Medico di Medicina Generale, Udine

INTRODUZIONE: L'infezione da SARS-CoV-2, identificata con l'acronimo COVID-19, ha richiesto un grande impiego di risorse al fine di ottimizzare l'identificazione dei casi e il tracciamento dei contatti, con l'obiettivo di arginare tempestivamente la diffusione pandemica del virus stesso. In quest'ottica, i test antigenici rapidi hanno il vantaggio di permettere l'identificazione precoce dei casi di infezione rispetto alle metodiche di laboratorio che richiedono maggior tempo per l'analisi, inoltre possono essere un utile strumento clinico che, permettendo di escludere o confermare l'infezione da SARS-CoV-2, aiuta il medico nella diagnosi differenziale agevolando l'iter diagnostico e terapeutico.

MATERIALI E METODI: Nel periodo fra l'11 gennaio e il 20 aprile 2021, all'interno di uno Studio di Medicina di Gruppo della città di Udine, sono stati eseguiti 217 tamponi rapidi antigenici (Abbott's PanBio) su soggetti che presentavano sintomi sospetti per COVID-19 e/o avevano avuto contatti stretti con persone risultate positive al SARS-CoV-2 in ambito lavorativo o familiare. Ciascun paziente contattava telefonicamente il proprio MMG che, dopo una valutazione anamnestica, prenotava il TNF antigenico. Il test veniva poi eseguito nell'ambulatorio da un operatore medico dedicato. A ogni paziente che accedeva per il TNF antigenico venivano sottoposte

domande riguardanti l'eventuale sintomatologia e la durata della stessa, gli eventuali contatti con persone infette e le tempistiche degli stessi, e infine lo stato vaccinale per influenza stagionale (la vaccinazione anti-COVID non era disponibile per la popolazione generale durante il periodo in analisi). A ogni soggetto venivano misurate TC e SpO₂ prima dell'esecuzione del TNF antigenico. Il test veniva eseguito secondo le indicazioni fornite in scheda tecnica, e il risultato veniva letto e refertato nell'arco di 15-20 minuti. Eventuali test molecolari di conferma venivano richiesti a tutti quei pazienti fortemente sospetti per COVID-19, ma risultati negativi al TNF antigenico, in particolare a coloro che manifestavano criteri clinici di ILI (*Influenza-Like Illness*). Tutte le informazioni sono state raccolte con un apposito questionario, registrate su un foglio di calcolo di Microsoft Excel e analizzate con Python utilizzando diverse librerie per l'analisi dei dati (*numpy, pandas, matplotlib, sklearn, datetime*).

RISULTATI: Dei 217 TNF antigenici eseguiti, 116 sono stati effettuati su soggetti sintomatici, 43 su soggetti sintomatici che avevano link epidemiologico, 47 su contatti asintomatici, 11 sono stati eseguiti invece per motivi di screening (es. pazienti che frequentavano comunità chiuse tipo centri diurni). I sintomi maggiormente lamentati dai pazienti sono stati febbre (69,8%), astenia (54,7%), cefalea (51,5%) e tosse (49,7%), e le percentuali maggiori di positività al test rapido si sono riscontrate fra i pazienti che lamentavano anosmia e ageusia (rispettivamente 82,7% e 80,9%), oltre che fra quelli che rispondevano ai criteri ILI (66,1%). Fra i 116 soggetti sintomatici, 49 sono risultati positivi (41,7%), e 67 negativi (52,3%): di questi, 23 presentavano criteri ILI e pertanto è stato richiesto un test molecolare di conferma. Dei 23 test richiesti, ne sono stati eseguiti 15: 2 di questi sono risultati positivi, dimostrando quindi un falso negativo del test antigenico (13,3%), tutti gli altri hanno invece confermato il risultato negativo ottenuto con il TNF rapido (86,6%). Fra i 47 contatti asintomatici, 1 solo è risultato positivo al momento del test, mentre 1 soggetto ha sviluppato successivamente l'infezione da SARS-CoV-2. Degli 11 test eseguiti per screening, la totalità è risultata negativa.

CONCLUSIONI: I test rapidi antigenici si sono quindi dimostrati un utile strumento per il MMG in fase pandemica, permettendo di intercettare precocemente i soggetti infetti, soprattutto in presenza di una sintomatologia suggestiva, e facilitando la diagnosi differenziale in caso di negatività. Inoltre, il peculiare contesto operativo della Medicina Generale, che permette di seguire i pazienti nel tempo e di intercettare precocemente eventuali variazioni del quadro clinico, ci ha consentito di mantenere una vigilanza attiva nei con-

fronti dei pazienti che risultavano negativi al test rapido e verificare l'eventuale sviluppo di infezione nei giorni successivi l'esecuzione dello stesso.

Terapia antibiotica empirica in una LTCF del F.V.G

Arturo Zamò

PUNTI FONDAMENTALI E THM: Obiettivi.

Questo studio si pone gli obiettivi di:

- analizzare le terapie antibiotiche prescritte in una LTCF del F.V.G. e le rispettive infezioni coinvolte, nel corso di un anno di osservazione;
- confrontare le prescrizioni con le linee guida regionali e internazionali per definirne la potenziale appropriatezza;
- analizzare gli scostamenti dalle linee guida nell'ottica della Medicina Generale.

METODI: Lo studio si è svolto nella A.S.P. "Fondazione E. Muner De Giudici" (Pradamano, UD). Sono state analizzate tutte le terapie antibiotiche, somministrate per via sistemica, prescritte a pazienti non autosufficienti, con età maggiore ai 65 anni, dal 1/3/2019 al 1/3/2020. Le informazioni cliniche sono state reperite dalla cartella della struttura, dalla cartella informatizzata del MMG e direttamente dal prescrittore, tramite la compilazione di un modulo apposito; sono state poi analizzate secondo le linee di indirizzo regionali del F.V.G. e le linee guida internazionali consigliate dalla Guida Sanford alla terapia antibiotica.

RISULTATI: Sono state registrate 81 prescrizioni antibiotiche, così suddivise: 32% IVU, 36% LTRI, 23% SSTI, 9% interessanti altri apparati. Più del 50% degli antibiotici sono stati prescritti a pazienti con un eGFR inferiore a 60 mL/min. Le classi utilizzate sono state le seguenti: 42% penicilline, 23% fluorochinoloni, 17% cefalosporine, 9% macrolidi, 8% altre classi o associazioni. La quota di prescrizioni potenzialmente inappropriate, rispetto alle linee guida analizzate, è molto variabile; le percentuali maggiori si sono riscontrate con le linee di indirizzo regionali, in particolare nelle infezioni delle vie urinarie complicate.

CONCLUSIONI: Nonostante i limiti dello studio (in primo luogo la numerosità del campione), la frattura fra le prescrizioni e le linee di indirizzo regionali indica la necessità di un loro aggiornamento e personalizzazione per il setting delle LTCF, chiarendo al contempo le posologie da utilizzare in questi pazienti -spesso fragilissimo- soprattutto nei casi di ridotta funzionalità renale. Ulteriori studi potrebbero beneficiare dell'analisi di periodi più lunghi, dell'aumento del numero delle strutture esaminate e dei risultati delle indagini microbiologiche.