Periodico bimestrale - numero 02/2025 - Editore SIMG - Aut. Trib. di Firenze n. 4387 del 12-05-94 - ISSN 1724-1375 (Print) - ISSN 1724-1383 (Online) - Copia Omaggio

Società Italiana di MEDICINA GENERALE

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

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

02 | 2025 | VOL. 32

www.simg.it

LINEE GUIDA EUROPEE 2024 SULLA GESTIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE: QUALI NOVITÀ PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE?
PAG. 16

INSULINA SETTIMANALE: LA RISOLUZIONE DI MOLTI PROBLEMI?
PAG. 22

APPROCCIO INTEGRATO ALLA DIAGNOSI PRECOCE E GESTIONE DELLA MASLD: IMPORTANZA DELLA COLLABORAZIONE TRA MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI
PAG. 36

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

Rivista Società Italiana di MEDICINA GENERALE

02 | 2025 | VOL. 32

Direttore Responsabile
Claudio Cricelli

Direttore Editoriale
Ignazio Grattagliano

Co-Direttore Editoriale
Stefano Celotto

Comitato di Redazione
Ignazio Grattagliano (coordinatore),
Iacopo Cricelli,
Erik Lagolio,
Francesco Lapi,
Pierangelo Lora Aprile,
Alberto Magni,
Ettore Marconi,
Tecla Mastronuzzi,
Gerardo Medea,
Alessandro Rossi,
Andrea Zanchè

SIMG
Società Italiana dei Medici
di Medicina Generale
e delle Cure Primarie
Via Del Sansovino 179 • 50142 Firenze
Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315
segreteria@simg.it

Copyright by
Società Italiana dei Medici
di Medicina Generale
e delle Cure Primarie

Segreteria e Coordinamento Commerciale
Regia Congressi Srl
Via Cesalpino, 5b
50134 Firenze
cristiano.poggiali@regiacongressi.it

Redazione
Riccardo Ranieri, Claudio Rogai

Grafica e impaginazione
Virtual Training Support Srl
Via A. Cesalpino, 5b
50134 Firenze
info@vits.it
www.vits.it

Stampa
Tipografia Martinelli - Firenze

Editoriale

In attesa di risposte... 5
Alessandro Rossi

Commentaries

Mind the (health) gap: cure primarie e parità di genere 8
Mariagiovanna Amoroso, Vito Nicoli, Elena Zamburlini

**Perché proteggerci dal RSV?
Quale efficacia delle attuali strategie di prevenzione?** 12
Mariangela Elefante, Elena Zamburlini

**Linee Guida europee 2024 sulla gestione della fibrillazione atriale:
quali novità per il Medico di Medicina Generale?** 16
Chiara Villani, Gaetano D'Ambrosio

Insulina settimanale: la risoluzione di molti problemi? 22
Gerardo Antonio Medea, Tindaro Iraci

Original Articles

**Ottimizzazione della campagna vaccinale 2024-2025 nel Lazio:
il corretto tempismo nella consegna dei vaccini** 26
Giulia Ciancarella, Giulio Nati

**Medicina Generale e corso di laurea in Medicina e Chirurgia:
analisi di un sondaggio tra studenti dell'Università di Trieste** 32
Luca Maschietto

**Approccio integrato alla diagnosi precoce e gestione della MASLD:
importanza della collaborazione tra Medicina Generale e Specialisti** 36
Davide Peccarisi, Emanuela Ciracì, Valeria Rollo

Practice

L'uso dei device nello studio di medicina generale 42
Noel Polignano

**Ecografia point of care e studio dei tessuti molli:
diagnosi differenziale tra cellulite e ascesso sottocutaneo** 46
Fabio Fichera, Italo Paolini

Quando il tetano colpisce in età avanzata: lezione da un caso clinico fatale 50
Ilenia Silvestri, Mariangela Elefante, Tecla Mastronuzzi

Cinque cose da sapere su... tennis e scoliosi 52
Rodolfo Lisi, Simone Cigni

Cinque cose da sapere su... le allergie a farmaci 56
Marilisa Piccolantonio, Tecla Mastronuzzi

Istruzioni per gli Autori

Caratteristiche generali
La rivista SIMG è pubblicata in 4 numeri per anno. Una forma cartacea sarà prodotta ed inviata gratuitamente per posta ordinaria a tutti i soci in regola con il pagamento della quota associativa. Sul sito web di SIMG saranno pubblicati tutti i numeri in formato digitale (pdf) accessibili a tutti. Ai soci in regola con il pagamento della quota associativa e a tutti coloro che si registreranno sul sito, saranno usufruibili percorsi formativi anche accreditati (ecm) interattivi a partire da casi clinici o da articoli contenenti revisione della letteratura recente (formato audiovideo, spiegazioni audio, interviste, animazioni, mappe tridimensionali, collegamenti a siti e canali esterni, fonti bibliografiche, webinair, webstreaming, formazione a distanza, videopillole), rendendo così possibile una comunicazione dinamica in real time con il lettore ed una amplificazione della comunicazione.
E' prevista inoltre la pubblicazione di numeri extra di tipo monotematico da stabilire in base a particolari esigenze temporali e di interesse per la collettività medica.

Regolamentazione generale
Sono ammessi alla pubblicazione diversi formati di articoli (editoriale, lettera al direttore, articoli scientifici relativi a studi condotti su popolazione di assistiti, review, commentario a articoli di grande valore scientifico e professionale (es. linee-guida, raccomandazioni societarie,...), casi clinici, forum di dibattito, focus on argomenti di grande interesse per la medicina generale.
Gli articoli o le proposte di articolo dovranno essere inviati all'indirizzo email rivista@simg.it.
Gli articoli giunti in redazione saranno valutati dal responsabile scientifico e da eventuali revisori nominati dal direttore scientifico nell'ambito di un gruppo di esperti interni alla SIMG e/o esterni con particolari competenze specifiche. Il report dei revisori dovrà giungere entro 15 giorni al responsabile scientifico, il quale si riserva di effettuare una valutazione generale ed invia comunicazione di revisione/accettazione dell'articolo all'autore. L'autore avrà a disposizione 20 giorni per l'invio con le stesse modalità dell'articolo rivisto ed accompagnato da una lettera riportante le variazioni apportate.
Gli articoli su invito saranno programmati direttamente dal comitato di redazione che individuerà l'argomento e l'autore/i a cui verrà notificato l'incarico ufficiale da parte del responsabile scientifico. L'autore di un articolo commissionato potrà richiedere alla direzione fino ad un massimo di 5 articoli di riviste internazionali utili alla stesura dell'articolo stesso.

Tipologia di articoli / Norme editoriali
La rivista pubblica diverse tipologie di articoli di seguito riportate con le relative norme editoriali considerando che nei testi in italiano 100 parole corrispondono a circa 750 battute spazi esclusi. Tutti gli articoli dovranno essere preparati con carattere *times new roman* 11, dovranno avere allineamento a sinistra e il margine destro non giustificato. Figure e tabelle dovranno essere inviate su file separati dal testo; la loro collocazione esatta nel testo dovrà essere indicata inserendo nel testo Figura 1, Tabella 1, ecc. Ogni figura dovrà essere accompagnata da una leggenda. Ogni tabella dovrà contenere una intestazione.

1. Editoriale. Questa sezione apre ogni numero della rivista. Sarà curata dal presidente SIMG o dal direttore scientifico, o da responsabili di area o altri esperti, scelti in base all'argomento stabilito. L'articolo potrà riportare brevi riflessioni su quanto pubblicato nel numero, cenni su argomento di attualità nel campo sanitario, commenti su articoli apparsi sulle principali riviste internazionali della medicina generale o riportanti ricadute potenziali sulla medicina generale italiana. Il testo massimo 8000 battute 1200 parole, nessuna figura o al massimo uno schema riassuntivo, bibliografia massimo 5 voci.
2. Lavori scientifici. In questa sezione saranno pubblicati lavori scientifici prodotti da soci e non soci, inviati spontaneamente o come risultato di studi condotti nell'ambito della SIMG. Norme: abstract massimo 250 parole sia in italiano che in inglese (nel caso sarà cure della redazione preparare la versione inglese), testo massimo 3000 parole suddiviso in introduzione, metodi ed analisi statistica, risultati e discussione/conclusioni, parole chiave massimo 3, tabelle e figure massimo 6 in tutto. Le figure dovranno essere prepa-

Rivista stampata su carta TCF (Total Chlorine Free) e verniciata idro.
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.
Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi:
https://www. clearedi.org/topmenu/HOME.aspx.
I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e adeguamenti al Regolamento UE GDPR 2016 (General Data Protection Regulation) a mezzo di elaboratori elettronici a opera di soggetti appositamente incaricati.
I datisono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione.
Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento:
Società Italiana di Medicina Generale
e delle Cure Primarie
Via Del Sansovino 179 - 50142 Firenze
Tel. 055 700027
La Rivista SIMG viene inviata a soci, medici, operatori sanitari, abbonati solo ed esclusivamente per l'aggiornamento professionale, informare e promuovere attività e prodotti/servizi strettamente inerenti e attinenti alla professione degli utenti, garantendo sempre una forte affinità tra il messaggio e l'interesse dell'utente.
Si prega di prendere visione della Privacy Policy al seguente link:
www.simg.it/privacy-policy-2
Per comunicazioni/informazioni:
segreteria@simg.it

rate con programma di grafica (sigmaplot, systat, ...). Tabelle e figure dovranno essere inviate su file separati dal testo dell'articolo che deve però contenere l'indicazione all'inserimento delle figure e tabelle. Sono ammesse massimo 20 voci bibliografiche. Il titolo dell'articolo non potrà superare i 20 caratteri spazi inclusi.

3. Focus on. Gli articoli di questa sezione tratteranno di tematiche di grande attualità e di ampia portata riguardanti generalmente la medicina generale ma con aspetti di sanità pubblica, farmaco-economia, direttive politico-amministrative. Saranno considerati in questa sezione anche commentari su position paper, raccomandazioni di buona pratica clinica, Linee Guida, controversie scientifiche. Norme: testo massimo 4000 parole, massimo 3 figure, massimo 4 tabelle.
4. Forum. Tratterà di temi di impatto sull'attività della medicina generale e/o di salute pubblica. Gli articoli saranno impostati con un'aggiornata introduzione al tema commissionato ad un MMG esperto dello stesso argomento seguita poi da un confronto di opinioni tra medici di medicina generale e specialisti espressione di altre società scientifiche, o economisti o rappresentanti delle istituzioni politico-amministrative, sindacati della medicina, stakeholders. Il confronto avverrà su quesiti formulati dallo stesso autore conduttore. Norme: introduzione massimo 5000 parole, quesiti massimo 7.
5. Case Report. Alcuni numeri della rivista potranno presentare un caso clinico didattico commentato in cui si affrontino tematiche di diagnosi e terapia ragionate attraverso l'applicazione di simulatori e revisione della letteratura recente. I casi clinici potranno evidenziare errori possibili nella pratica quotidiana. Il testo dovrà essere contenuto entro le 1500 parole con al massimo 2 tabelle/grafici di accompagnamento
6. Lettere e Comunicazioni. Questa sezione pubblicherà lettere e brevi comunicazioni dei soci o non soci relative a studi condotti nel setting della Medicina Generale, incluso sintesi di tesi di fine corso, esperienze clinico-scientifiche, i cui risultati possano rappresentare spunto per riflessioni cliniche, studi più ampi, organizzazione di eventi formativi. In questa sezione saranno incluse anche le Lettere all'Editore. Norme: massimo 1500 parole, massimo 2 figure massimo 1 tabella
7. Newsletter. Questa sezione pubblicherà, come commentario, studi apparsi su riviste internazionali, lavori basati su estrazioni da Health Search, studi pilota condotti in medicina generale, progetti SIMG ultimati.
8. Abstract. L'ultimo numero dell'anno conterrà tutti gli abstract inviati ed accettati per la presentazione al Congresso Nazionale SIMG

Bibliografia
Le voci bibliografiche saranno riportate nel testo con numerazione progressiva sovrascritta rispetto al testo e dopo la punteggiatura laddove presente. L'elenco completo delle referenze, nello stesso ordine come riportato nel testo, sarà collocato alla fine dell'articolo, e saranno organizzate come di seguito riportato qualunque sia il numero degli autori.
Bianchi A et al. Titolo dell'articolo. SIMG 2020;1:194-197.

Copyright
I diritti saranno trasferiti all'Editore al momento dell'accettazione dell'articolo per la pubblicazione.

Conflitto di interessi
Alla fine di ogni contributo, l'autore deve dichiarare per se e per gli altri co-autori l'assenza o la presenza di conflitto di interessi

Lavori scientifici sperimentali o con l'applicazione sull'uomo di trattamenti farmacologici o non devono riportare il parere favorevole del Comitato Etico consultato.

Consenso informato
Gli studi condotti sull'uomo devono sempre prevedere la firma del consenso informato del paziente.

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

La Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (S.I.M.G.) è un'associazione autonoma e indipendente nata per promuovere, valorizzare e sostenere il ruolo professionale dei medici di medicina generale, sia nella sanità italiana che nelle organizzazioni sanitarie europee e extraeuropee. L'associazione è stata fondata nel 1982, ha sede a Firenze (Via Del Sansovino 179, 50142 Firenze). In tutta Italia si contano più di 100 sezioni provinciali e subprovinciali coordinate a livello regionale. L'associazione, che si propone alle istituzioni pubbliche e private quale referente scientifico-professionale della medicina generale, presta particolare attenzione alle attività di formazione, di ricerca e di sviluppo professionale continuo, anche attraverso l'accreditamento dei propri soci.
Tra i suoi obiettivi c'è anche l'istituzione di un dipartimento di insegnamento della medicina generale nelle facoltà mediche italiane, gestito da medici generali. La SIMG si muove anche a favore delle attività di ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale, oltre che nell'ambito delle valutazioni di qualità, operando inoltre nell'ambito editoriale, dell'Information Technology, dell'informatica, della formazione a distanza e del management della professione. L'associazione, tesa a promuovere la collaborazione sia con enti pubblici che privati, ha rapporti con le più importanti associazioni nazionali e internazionali del settore. È membro della Federazione delle società scientifiche (F.I.S.M.). Numerose ricerche sono svolte in collaborazione con enti ed istituzioni nazionali ed internazionali. Collabora con l'ISS (Istituto Superiore di Sanità), il Ministero della Salute, l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), con il C.N.R. (Consiglio Nazionale delle Ricerche), con l'O.M.S (Organizzazione mondiale della sanità) e con associazioni di settore di molti paesi europei (Francia, Svizzera, Grecia, Irlanda, Germania, Belgio, Olanda, Spagna e Portogallo) e extraeuropee (American Medical Association). Partecipa, infine, a Commissioni ministeriali nazionali e della comunità europea e a progetti comunitari. Le attività scientifiche sono organizzate in aree cliniche e in aree di supporto, facenti capo ad un responsabile nazionale d'area. I responsabili d'area compongono il segretariato scientifico, coordinato dal segretario scientifico. L'associazione si avvale inoltre, per lo svolgimento delle proprie attività istituzionali di formazione e di un istituto di ricerca (Health Search) con sede a Firenze.

Iscrizione alla SIMG

La SIMG si sostiene sul consenso, abbiamo bisogno del tuo aiuto; la rivista SIMG sarà diffusa ai soli soci in regola con il pagamento della quota associativa. In ottemperanza alla Legge 24/2017 la Quota Sociale Annuale è uguale per tutti e pari a 125,00 €. Sono benvenuti e non pagano quota associativa gli studenti non laureati che, come "uditori", non hanno diritto di voto. È possibile iscriversi compilando il modulo online all'indirizzo web:
www.simg.it/istituzione/come-iscriversi

EDITORIALE

In attesa di risposte...

Alessandro Rossi

Siamo tutti ormai convinti che le Cure Primarie nel nostro Paese si trovino di fronte ad un passaggio cruciale. La proposta di trasformare il Medico di Medicina Generale (MMG) da libero professionista convenzionato a dipendente del SSN rappresenta una questione delicata e complessa, con implicazioni giuridiche, economiche ed organizzative. Intorno alla convenienza ed opportunità di questo passaggio, abbiamo registrato, sul fronte delle Istituzioni pubbliche (nazionali e regionali), prese di posizione maggiormente legate a "comunicazioni estemporanee", nella maggior parte dei casi in risposta a ripetute sollecitazioni da parte della stessa Medicina Generale, piuttosto che ad una piena valutazione delle ricadute economiche sul SSN di tale scelta. Ricordiamo come il DM 77/24 avesse già introdotto il ruolo unico e funzioni nuove per il MMG, delineando un modello assistenziale più strutturato ed ancorato ai Presidi di comunità (siano esse Case di Comunità, AFT, UCCP od altro), pur non prevedendo una modifica dello stato giuridico del medico e lasciando intatto il modello di convenzionamento.

Ma non era questa la considerazione principale che ci aveva spinto ad alcune riflessioni. Piuttosto stiamo pensando a come l'intero sistema si stia approcciando alla riforma organizzativa delle Cure Primarie (ed alla conseguente allocazione di risorse) prevista dal tante volte evocato DM 77. Vale a dire, in termini molto semplici, come potremo arrivare alla fatidica data del giugno 2026, termine in cui si prevede l'apertura di circa 1400 CdC rispetto alle 350 (teoricamente) esistenti in questo momento. Mi domando, a questo punto, quale sia il livello di programmazione della "governance" di questa trasformazione epocale e chi la stia realmente gestendo. Si sono ad esempio previsti i termini numerici del personale (medico, infermieristico, amministrativo) da allocare in tali strutture? E' evidente come la quantificazione numerica delle risorse umane indispensabili al funzionamento (sperando che il funzionamento sia coerente con una appropriata funzione) delle stesse sia "conditio sine qua non" per l'avvio di una qualunque attività. Per non parlare poi dello stato degli immobili destinati a tali funzioni e dell'attrezzatura necessaria (strumentistica e tecnologica). E poi ancora, come si pensa di ovviare al progressivo depauperamento numerico dei MMG (i cui numeri sono stati più volte ricordati in questa Rivista) e, se premettete, ancor di più, come si pensa di ovviare alla cronica mancanza di personale infermieristico perdurante da tempo nell'assistenza territoriale del nostro Paese, praticamente in ogni Regione? Regioni ed Aziende sanitarie non ci risulta abbiano elaborato le stime di questi numeri.

Non solo. Come ricordato di recente da un oculato intervento di Mauro Marin (lettere al Direttore, Quotidiano Sanità online), gli stessi soggetti ancora non pubblicano i dati sui carichi di lavoro dei MMG, al fine di programmare le possibilità e le modalità di integrazione degli impegni orari aggiuntivi presso le CdC, richiesti dal ruolo unico dell'ACN. Il rapporto OASI 2024 (Cergas Bocconi) ha fornito uno spaccato di questi carichi di lavoro molto illuminante e fondato su dati reali: 200/250 contatti a settimana (cioè, più di mille al mese) per MMG, un flusso di comunicazioni e richieste digitali impegnative per 7 giorni su 7, domiciliarità, formazione, tutoraggio. Anche i dati relativi all'ultimo rapporto Health Search 2023 suffragano e dettagliano questo carico di lavoro, in particolare nei soggetti con polipatologia e nei grandi anziani.

Dal nostro punto di vista, sottolineiamo inoltre come i MMG sono tra i professionisti sanitari che hanno maggiormente implementato la digitalizzazione e che pertanto (anche in base alla connessione con il MEF tramite SOGEI) vedono quotidianamente tenuto sotto controllo il proprio flusso di prestazioni. Non ci interessa tanto superare il pregiudizio riguardo alla produttività

dei MMG (come ricordava un famoso barbuto tedesco "si possono cambiare i giudizi ma non i pregiudizi"), quanto piuttosto chiederci come, in assenza di questi dati, possa il programmatore regionale decidere l'impegno dei MMG all'interno delle CdC.

Terza ed ultima riflessione. Un bravo programmatore dovrebbe prevedere una serie di funzioni, attività e compiti da attribuire ad ogni attore coinvolto in un processo di riorganizzazione dei servizi. Ciò significa stabilire degli "standard professionali" ed abbinare a questi delle specifiche "competenze". Facciamo l'esempio di una rilevante patologia cronica, lo scompenso cardiaco (ma si potrebbe far riferimento parimenti a diabete, BPCO ecc.): quali interventi ci si attende debbano essere espletati nei diversi setting assistenziali, che siano essi CdC Hub o CdC spoke (o nel proprio studio, nei casi in cui gli spoke siano impraticabili per motivi di dispersione del territorio); quali interventi preventivi, diagnostici, di monitoraggio sull'individuo e sull'ambiente familiare; con quale personale di supporto e con quale strumentazione diagnostica; quale utilizzo della telemedicina; con quali obiettivi clinici e quali indicatori per auditing e analisi costo/efficacia. In altre parole, il MMG che entrasse a far parte di un nuovo setting assistenziale, dovrebbe aver chiaro nel dettaglio a quali mansioni viene chiamato, per quali obiettivi e con quali strumenti e risorse.
Per non parlare poi dei rapporti interprofessionali col restante personale medico afferente alla CdC, ad esempio col Direttore del Distretto, col Dipartimento di Prevenzione, col Geriatra territoriale, ecc. Dovremmo al più presto definire, in particolare per i coordinatori di AFT, UCCP, CdC, quali debbano essere le competenze e le "best practice". Parliamo di una serie di competenze per molti versi nuove, sia in termini manageriali, che organizzativi, che relazionali. Il nuovo setting di lavoro fa scaturire in automatico la definizione di nuove competenze. Chi si sta occupando di questo?
La SIMG ha negli ultimi anni rafforzato le attività professionalizzanti connesse anche a questo nuovo ruolo del MMG. Da quelle di tipo manageriale a quelle relazionali, fino alla presentazione al prossimo Congresso nazionale del "Case lab", cioè di un modello che segua il paziente in tutto il suo percorso; una evoluzione dal "caso clinico" al modello di presa in carico in diversi setting assistenziali.

Per concludere. Le domande basilari sono: con quali numeri? con quale programmazione dei carichi di lavoro? con quali standard professionali e competenze? Se non si risponde almeno a queste tre domande, ogni discorso volto alla riorganizzazione delle Cure Primarie rischia di essere illusorio od infondato.

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

SAVE THE DATE

42° CONGRESSO NAZIONALE SIMG

Crescita, Innovazione, Futuro: la formazione ti aspetta!

SESSIONI VIRTUALI
dal 22 novembre 2025
al 15 dicembre 2025

SESSIONI IBRIDE
27 - 29 novembre 2025
Firenze, Fortezza da Basso

SIMG ALTA FORMAZIONE · SIMGLab SIMULATION LABORATORY · SIMG COLLEGE · SIMG ACADEMY

Mind the (health) gap: cure primarie e parità di genere

Mind the (health) gap: primary care and gender equality

Mariagiovanna Amoroso[1], Vito Nicoli[2], Elena Zamburlini[3]
[1]Segretaria SIMG Regione Puglia, [2]SIMG Torino, [3]SIMG Trieste

Il report *Blueprint to Close the Women's Health Gap: How to Improve Lives and Economies for All*[1], pubblicato nel 2025 dal *World Economic Forum* in collaborazione con il *McKinsey Health Institute*, descrive le principali condizioni che determinano un divario assistenziale e di salute tra uomini e donne e propone una serie di interventi per superarlo, determinando una ricaduta positiva sulla società sia in termini di salute che sotto il profilo economico.

Lo studio muove i suoi passi da un resoconto pubblicato nel 2024, *Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*[2], che ha esposto un dato preoccupante: le donne, rispetto agli uomini, trascorrono il 25% in più della loro vita in condizioni di salute scadenti. Colmare questo divario potrebbe determinare globalmente fino a 75 milioni di anni di vita in buona salute (DALYs) ogni anno e generare fino a 1 trilione di dollari di prodotto interno lordo (PIL) annuale entro il 2040. Il documento afferma che più di un terzo del divario di salute tra uomini e donne è dovuto a nove condizioni (**Tabella 1**).

Cinque di esse hanno un impatto sulla durata della vita delle donne: cardiopatia ischemica, cancro della cervice, cancro della mammella, disordini ipertensivi in gravidanza, emorragia post-partum. Quattro di esse, invece, compromettono la qualità della vita: menopausa e perimenopausa, sindrome premestruale, emicrania, endometriosi. Affrontare queste nove condizioni potrebbe aggiungere 27 milioni di anni di vita sana ogni anno e generare circa 400 miliardi di dollari di PIL globale entro il 2040 (**Figura 1**).

La cornice utile per affrontare l'impatto di tali condizioni sul divario di salute tra uomini e donne viene elaborata a partire dalla piattaforma *Women's Health Impact Tracking (WHIT)* e ruota intorno alle seguenti azioni:

1. Raccogliere dati sulle donne: spesso non vengono raccolti né pubblicati o risultano incompleti.

2. Studiare le donne: favorire la ricerca sulle differenze biologiche e ormonali tra uomini e donne ed effettuare analisi differenziate in funzione del sesso/genere dei risultati della ricerca, con il fine di conoscere meglio alcune condizioni di salute che sono proprie delle donne.

Lo studio condotto dal *Forum* e dall'*MHI* ha evidenziato che solo il 10% degli studi clinici sulla cardiopatia ischemica e sull'emicrania ha pubblicato dati disaggregati per sesso.

3. Curare le donne: disegnare la sanità tenendo conto dei bisogni specifici delle donne, adeguare le linee guida cliniche per tener conto delle specificità femminili e migliorare l'accesso delle donne ai trattamenti.

L'elenco dei medicinali essenziali stilato dall'OMS include farmaci soltanto per sei delle condizioni cliniche analizzate: cardiopatia ischemica, tumore al seno, carcinoma cervicale, emicrania, disturbi ipertensivi materni ed emorragie post-partum. Ciò implica che solo il 67% delle patologie considerate è suscettibile di trattamenti farmacologici in grado di apportare benefici significativi alla popolazione e che sono quindi garantiti come accessibili e disponibili. Altre patologie molto diffuse a livello mondiale e molto impattanti sul genere femminile, invece, non trovano esplicite raccomandazioni dell'OMS a essere trattate con farmaci essenziali.

4. Includere tutte le donne: assicurare equità nell'accesso alle cure, indipendentemente da fattori socio-economici o geografici.

5. Investire sulle donne: destinare più fondi alla ricerca, all'assistenza sanitaria e allo sviluppo di interventi innovativi. In tutti i paesi, qualunque sia il livello di reddito, è necessaria una ricerca in grado di fornire maggiori informazioni sui fattori genetici, biologici, sociali e ambientali relativi alle condizioni selezionate di modo da comprenderne meglio l'impatto sugli esiti clinici.

Gli autori concludono che, nonostante la salute globale e i sistemi sociali non siano stati disegnati intorno alla salute delle donne, avere donne più in

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Mind the (health) gap: cure primarie e parità di genere
Rivista SIMG 2025; 32 (02):8-11.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

salute rappresenta il fondamento per ottenere comunità sane, posti di lavoro attivi ed economie resilienti.

I settori pubblico, privato e la società in generale possono, attraverso le cinque azioni descritte, affrontare le nove condizioni di salute esposte nel report e contribuire quindi all'eliminazione del divario di salute esistente tra uomini e donne determinando un miglioramento della qualità di vita di milioni di donne e generando enormi benefici economici.

QUALI SFIDE PER LA MEDICINA GENERALE?

I medici di famiglia sono spesso il primo contatto del sistema sanitario e accompagnano le pazienti lungo tutto il ciclo di vita. Possono pertanto svolgere i seguenti ruoli:

1. Identificazione precoce dei sintomi e diagnosi tempestiva

- **intercettare precocemente sintomi** di condizioni sottovalutate e sottodiagnosticate (es. endometriosi, emicrania, sindrome pre-mestruale);

Tabella 1 - Elenco di condizioni che influenzano durata e qualità di vita nelle donne rispetto agli uomini.

CONDIZIONE	PROBLEMATICHE INERENTI
Condizioni che riducono la durata della vita delle donne	
Cardiopatia ischemica	Principale causa di morte nelle donne a livello globale (4 milioni/anno) in tutte le regioni geografiche e in tutte le etnie.
Cancro della cervice	Malattia prevenibile efficacemente con vaccino HPC, eppure destinata a progredire nei prossimi anni. Globalmente 2 donne su 3 non si sottopongono a screening, con grande variabilità geografica. Responsabile di 350.000 decessi/anno, soprattutto nei paesi a basso reddito (85% dei decessi).
Cancro al seno	Neoplasia più frequente nelle donne, causa 670.000 decessi/anno globalmente. Si stima che l'incidenza possa aumentare del 40% fino al 2040. La sopravvivenza è migliorata molto grazie a prevenzione e terapie ma con grandi disparità geografiche a favore delle regioni ad alto reddito.
Disturbi ipertensivi in gravidanza	Causa principale di complicanze e di mortalità a carico delle gestanti e dei neonati. L'eclampsia causa 70.000 decessi/anno globalmente. Sono considerati fattore di rischio per futuri eventi cardiovascolari.
Emorragia post partum	Principale causa di mortalità materna globalmente (70.000 decessi/anno, 20% dei decessi legati alla gravidanza). La maggior parte dei decessi si verificano in regioni a basso reddito pur essendo largamente prevenibili.
Condizioni che riducono la qualità della vita delle donne	
Menopausa	I disturbi della menopausa colpiscono più di 450 milioni di donne globalmente. Sono correlati ad un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, neurologiche (depressione, demenza), osteoporosi, diabete e di altre patologie ginecologiche.
Sindrome premestruale	Ha un enorme impatto epidemiologico riguardando il 20-40% delle donne in età fertile. Determina una significativa compromissione della qualità della vita, del rendimento scolastico, della produttività sul lavoro.
Emicrania	Colpisce circa 800 milioni di donne globalmente (21%). E' molto più frequente e disabilitante nelle donne rispetto agli uomini, soprattutto nella forma legata al ciclo mestruale.
Endometriosi	Colpisce più di 190 milioni di donne globalmente, circa 1 su 10 donne tra 15 e 45 anni ma si ritiene che questi dati siano largamente sottostimati. Può colpire dall'adolescenza ma viene diagnosticata generalmente con grande ritardo, anche di decenni. Compromette molti aspetti della qualità della vita causando dolore cronico, infertilità, depressione.

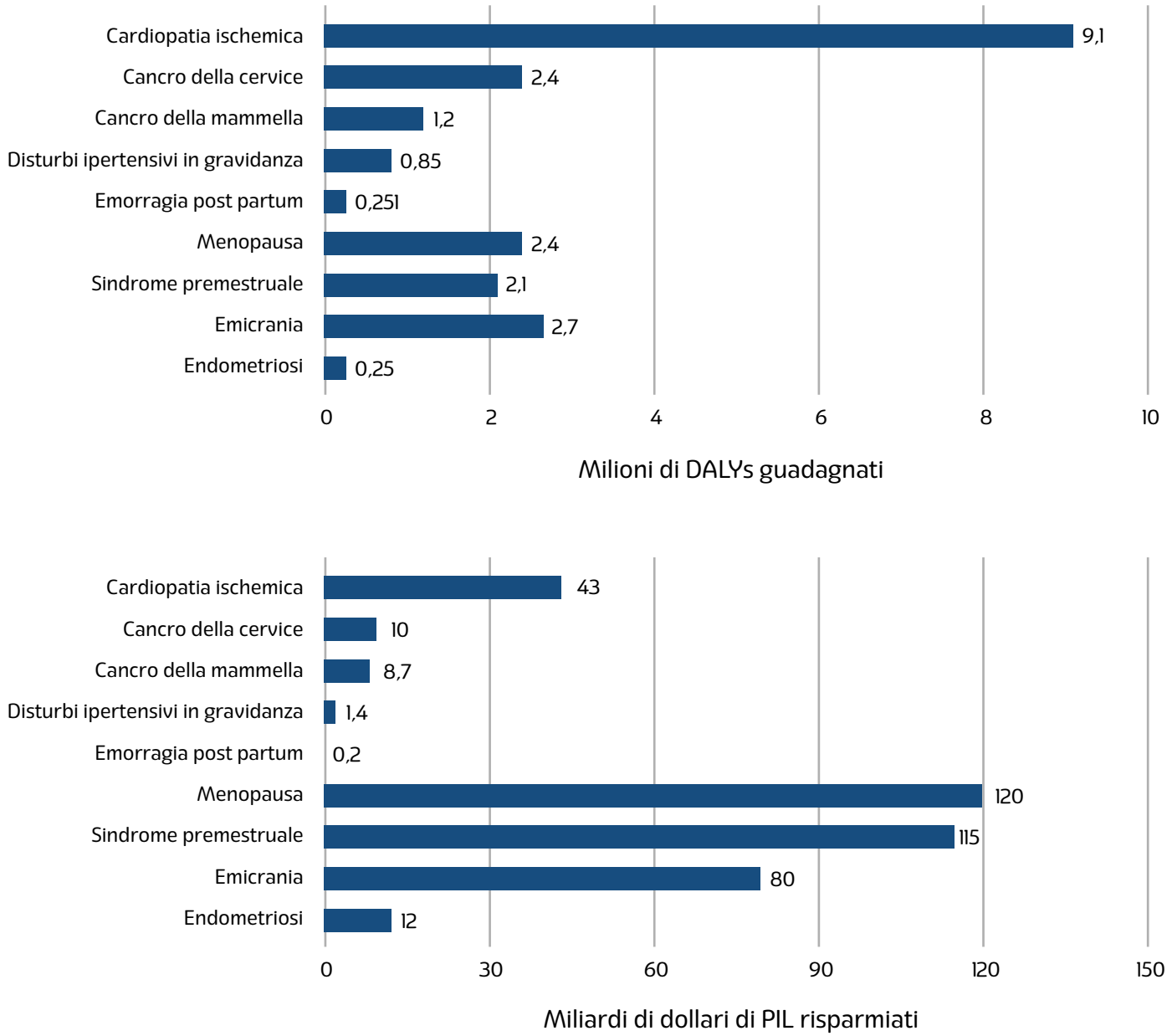


Figura 1 - (alto) Impatto epidemiologico delle 7 condizioni più rilevanti che determinano il divario di salute tra uomini e donne (basso) Possibile impatto epidemiologico ed economico derivante dall'eventuale rimozione del divario assistenziale tra uomini e donne

- **garantire un monitoraggio costante** in fasi delicate come menopausa, gravidanza, post-partum e la loro gestione longitudinale in modo da contribuire efficacemente a prevenirne la cronicizzazione e le complicanze;
- **individuare e gestire fattori di rischio** legati a patologie gravi come la cardiopatia ischemica, che nelle donne si manifestano spesso in modo atipico e meno riconosciuto;
- **informare correttamente** le pazienti su condizioni spesso considerate "normali" o inevitabili (es. dolori mestruali invalidanti);
- **contrastare i pregiudizi culturali** che portano le donne a minimizzare i sintomi;
- **promuovere la prevenzione** attraverso vaccinazioni, screening e corretti stili di vita;

2. Raccolta e valorizzazione dei dati di genere

- **migliorare la qualità della documentazione clinica**, registrando sintomi e risposte ai trattamenti con attenzione specifica alle differenze di genere;

- **contribuire ad alimentare registri clinici** utili a studi epidemiologici locali e nazionali;
- **stimolare audit interni e revisioni di pratica clinica** in ottica di equità di genere;
- **fare formazione** su tutte le condizioni che alimentano le disparità e **implementare strategie** che possano colmare il divario nella salute di genere.

3. Integrazione e advocacy territoriale

- creare con gli specialisti **percorsi condivisi di genere**;
- **intercettare i bisogni** considerando i **determinanti di salute** nella valutazione delle **disparità** (etnia, status socio-economico, regione del mondo di provenienza, disabilità, orientamento sessuale, genere con cui ci si identifica) **nell'accesso alle cure e coinvolgere anche altre figure professionali** nel superamento delle stesse (assistenti sociali, psicologi etc);
- **riconoscere l'importanza e le specificità di una assistenza sanitaria per la comunità transgender,** non binaria o gender-fluid: tenere sempre presente la varietà di genere nelle realtà cliniche, per cui non tutte le persone che si identificano come donne sono di sesso femminile assegnato alla nascita e che lo possano invece essere persone che sono state assegnate maschio alla nascita, per cui cruciale diventa garantire i **percorsi di prevenzione** anche a chi ha maggiori difficoltà di accesso alle cure e ai servizi;
- **portare alle istituzioni** sui tavoli decisionali regionali e nazionali le **istanze di chi è vittima di disuguaglianza** nel riconoscimento del diritto alla salute;
- **valorizzare questi preziosi compiti nel CORE CURRICULUM della MEDICINA GENERALE.**

CONCLUSIONI

Migliorare la salute delle donne non è solo una questione di equità, ma rappresenta anche un'opportunità economica globale. Investire nella ricerca, nell'accesso alle cure e nella prevenzione potrebbe migliorare la qualità di vita di milioni di donne e generare enormi benefici economici.

Se vogliamo davvero colmare il ***gender health gap***, le cure primarie devono: riconoscere il peso della differenza di genere, applicare protocolli aggiornati e personalizzati, fare rete con ospedale e territorio e promuovere la ricerca.

Il medico di famiglia, con il suo ruolo di **medicina di prossimità e relazione**, può essere uno degli attori maggiormente determinanti nel concretizzare molti dei principi del "Blueprint" del *World Economic Forum*, traducendoli nella pratica quotidiana di cura e garantendo l'accesso equo ai servizi sanitari anche alle popolazioni più vulnerabili.

Sitografia

1. *https://www.weforum.org/publications/blueprint-to-close-the-women-s-health-gap-how-to-improve-lives-and-economies-for-all/*
2. *https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies*

Perché proteggerci dal RSV? Quale efficacia delle attuali strategie di prevenzione?

Why protect us from RSV? What is the effectiveness of current prevention strategies?

Mariangela Elefante, Elena Zamburlini
SIMG macroarea prevenzione

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Perché proteggerci dal RSV? Quale efficacia delle attuali strategie di prevenzione? Rivista SIMG 2025; 32 (02):12-14.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

Non è solo un raffreddore, e non è solo la temuta bronchiolite dei più piccoli. Il virus respiratorio sinciziale (RSV) si rivela essere un attore importante nella stagionalità delle malattie infettive respiratorie. Si tratta di un virus della famiglia delle Pneumoviridae, ubiquitario e molto diffusivo, con un tasso di contagiosità significativo, trasmesso attraverso goccioline respiratorie, può colpire tutte le età e determinare quadri clinici molto vari, da lievi, moderati e severi, fino al decesso.
Nei soggetti ad alto rischio, l'infezione da RSV può determinare quadri clinici severi, caratterizzati da difficoltà respiratoria e un aumentato rischio di ospedalizzazione. Tra le categorie più vulnerabili rientrano i neonati prematuri, i lattanti e i bambini di età inferiore ai 24 mesi con displasia broncopolmonare, cardiopatie congenite o altre patologie respiratorie croniche[1]. Anche gli adulti e i bambini immunocompromessi di qualsiasi età, così come gli adulti di età superiore ai 65 anni, presentano un rischio elevato di sviluppare forme gravi della malattia.
L'RSV presenta una marcata stagionalità, circola per circa 5 mesi all'anno da novembre a marzo con un picco a dicembre e gennaio con un andamento sovrapponibile a quello degli altri virus respiratori.
Ma il suo reale impatto sulla salute è stato spesso sottostimato e circoscritto solamente all'ambito pediatrico, anche perché nei paesi industrializzati, l'RSV rimane la principale causa di ospedalizzazione dei bambini1. Tuttavia, anche negli adulti l'impatto è importante: negli Stati Uniti si stimano tra i 60.000 e i 160.000 ricoveri e 6-10.000 decessi all'anno nei soggetti over-65. In Italia nel 2019 sono stati stimati 290.000 casi con 26.000 ricoveri e 1800 decessi[2,3].
Due sono le principali strategie per controllare l'infezione da RSV: la prevenzione e la sorveglianza sanitaria. Le misure non farmacologiche di prevenzione si basano sulle classiche norme igieniche e comportamentali che dovremmo avere nei confronti di tutti i virus respiratori (igiene delle mani, mascherine ecc.). Le misure farmacologiche includono gli anticorpi monoclonali per neonati e lattanti (**pavilizumab** e **nirsevimab**) e la vaccinazione per adulti e donne in gravidanza. Attualmente, sono disponibili e autorizzati tre vaccini: un **vaccino bivalente ricombinante**, un **vaccino monovalente ricombinante adiuvato** e un **vaccino a mRNA**. Tutti e tre i vaccini mirano alla glicoproteina F nella conformazione di prefusione (PreF), una proteina chiave che consente al virus di entrare nelle cellule.

Il **vaccino bivalente ricombinante** (ATC J07BX05) è indicato per l'immunizzazione passiva dei neonati dalla nascita al sesto mese di età a seguito di vaccinazione della madre (24-36 settimana di gestazione) e il passaggio di anticorpi attraverso la placenta, e per l'immunizzazione attiva dei soggetti di età pari o superiore ai 60 anni. Il vaccino, somministrato in singola dose, contiene due antigeni F del RSV stabilizzati ricombinanti che rappresentano i sottogruppi RSV-A e RSV-B. L'efficacia vaccinale (EV) sui neonati dalla nascita fino ai 6 mesi di età è stata valutata in uno studio di fase 3, multicentrico, randomizzato (1:1) controllato con placebo. La malattia del tratto respiratorio inferiore (LRTD) associata a RSV è stata definita da diagnosi clinica e conferma laboratoristica mediante reazione a catena della polimerasi a trascrizione inversa (RT-PCR). Lo studio ha randomizzato 3695 donne incinte vaccinate e 3697 donne incinte a cui è stato somministrato il placebo. L'EV è stata definita come la riduzione del rischio relativo nei nascituri dei due endpoint primari di efficacia: LRTD severa RSV positiva e LRTD RSV associata, entrambe verificatesi entro 90, 120, 150 o 180 giorni dalla nascita. L'efficacia nella prevenzione della LRTD severa a 90 giorni era 81.8% (IC 40.6; 96.3), a 120 giorni 73.9% (IC 45.6; 88.8), a 150 giorni 70.9% (IC 44.5; 85.9) e a 180 giorni 69.4% (IC 44.3; 84.1).
L'EV dell'immunizzazione attiva dei soggetti di età uguale e superiore ai 60 anni è stata testata in uno

studio di fase 3, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo. La LRTD associata a RSV è stata definita confermata mediante RT-PCR e clinica compatibile con infezione respiratoria. I soggetti, stratificati per età ed eventuali patologie preesistenti, sono stati randomizzati (1:1) a ricevere il vaccino (18488 soggetti) o il placebo (18479 soggetti). L'EV è stata definita come la riduzione del rischio relativo del primo episodio di LRTD associata a RSV nel gruppo vaccinato rispetto al placebo e questa è stata del 65.1 % (IC 35.9; 82.0) della malattia con 2 o più sintomi e del 88.9% (IC 53.6; 98.7) della malattia con 3 o più sintomi. Studi su pazienti immunocompromessi over-18 confermano efficacia e sicurezza. Può essere somministrato in concomitanza con qualunque vaccino antinfluenzale[4].

Il **vaccino monovalente adiuvato** (ATCJ07BX05) è indicato per l'immunizzazione dei soggetti di età pari o superiore a 60 anni e per i 50-59enni ad aumentato rischio di malattia da RSV. La scheda prevede una sola somministrazione im. Il vaccino è basato sull'associazione dell'antigene proteina F nella conformazione prefusione ad un sistema adiuvante (AS01e) costituito da due componenti in grado di stimolare il sistema immunitario: 3-O-desa cyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) e la saponina QS-21. MPL attiva le cellule presentanti l'antigene e stimola il rilascio di citochine, QS-21 induce la risposta anticorpale specifica per l'antigene e l'attivazione delle cellule T CD8+ citotossiche.
L'EV è stata valutata attraverso uno studio clinico randomizzato, controllo con placebo, in cieco per l'osservatore che ha incluso 24960 partecipanti con un'età mediana di 69 anni[5].
Obiettivo primario è stato valutare l'EV nel prevenire LRTD causata da RSV nella popolazione over 60. I casi di infezione venivano confermati con RT-PCR su tampone nasofaringeo. L'EV nella prima stagione (follow up mediano 6.7 mesi) è stata pari a 82.6% (IC 96.95%: 57.9-94.1), nella seconda stagione (follow up mediano 17.8 mesi) pari a 67.2% (IC 97.5%: 48.2-80.0)5.
È stata inoltre confermata la non inferiorità della risposta immunitaria negli adulti tra i 50 e i 59 anni a maggiore rischio di malattia da RSV, coorte costituita da soggetti con malattia polmonare cronica, malattie cardiovascolari croniche, diabete, malattie croniche renali o epatiche. Il vaccino ha dimostrato un ottimo profilo di sicurezza e tollerabilità sia nei soggetti over 60 che nei soggetti tra i 50 e i 59 anni. La maggior parte degli eventi segnalati è stata di natura lieve o moderata e di durata transitoria (1-2 giorni) e non ha richiesto intervento medico. L'evento più frequente è il dolore nel sito di iniezione (61%). Questo vaccino può essere cosomministrato con i vaccini antinfluenzali e sono in corso studi sulla cosomministrazione con il vaccino antizoster, anti pneumococcico 20 valente e anti Covid-19. Sono in corso studi per estendere la vaccinazione anche ai soggetti immunocompromessi (trapiantati di rene e polmone). Dopo una singola dose di vaccino, l'efficacia cumulativa su tre stagioni è stata clinicamente significativa, portando ad una riduzione del 62.9% di LRTD RSV correlata (97.5% CI, 46.7-74.8, 48 su 12.468 vs 215 su 12.498) e al 67.4% contro LRTD grave RSV correlata (95% CI, 42.4-82.7, 15 su 12.468 vs 75 su 12.498) rispetto al placebo. Nella sola terza stagione, l'EV è stata del 48.0% contro LRTD (95% CI, 8.7-72.0, 16 su 4.988 vs 61 su 10.031)[6].

Il **vaccino basato su tecnologia a mRNA** (ATC J07BX05) codifica la glicoproteina di membrana F di RSV-A stabilizzata nella conformazione pre-fusione, incapsulato in nanoparticelle lipidiche. É fornito in una siringa preriempita, pronta all'uso, e prevede la somministrazione di una singola dose intramuscolare[7].

Il vaccino è stato valutato in uno studio clinico di fase 2/3 (EUDRA CT 2021-005026-20), randomizzato, in cieco per l'osservatore e controllato verso placebo, condotto in 22 Paesi con 36490 partecipanti di età pari o superiore a 60 anni. Lo studio aveva l'obiettivo di valutare la sicurezza e l'efficacia di una singola dose di vaccino nella prevenzione della LRTD da RSV. L'endpoint primario di efficacia era la prevenzione del primo episodio di RSV-LRTD con ≥2 o ≥3 sintomi tra 14 giorni e 12 mesi dopo la vaccinazione. La diagnosi di RSV-LRTD era confermata tramite RT-PCR per RSV ed evidenza radiologica di polmonite, oppure la presenza o il peggioramento di almeno due sintomi respiratori per almeno 24 ore, tra cui: dispnea, tosse e/o febbre (≥37,8°C), respiro sibilante, produzione di espettorato, tachipnea, ipossiemia, dolore toracico pleuritico.
Lo studio ha dimostrato l'efficacia del vaccino dell'83.7% (IC 95.9%: 66.0-92.2%; p<0.0001) nella prevenzione di RSV-LRTD con almeno due sintomi e dell'82.4% (IC 96.4%: 34.8-95.3%; p=0,0078) contro RSV-LRTD con almeno tre sintomi (follow-up mediano di 3.7 mesi). L'analisi a lungo termine, condotta dopo un follow-up mediano di 8.6 mesi, ha confermato una protezione sostenuta, con un'efficacia del 63.3% (IC 95%: 48.7% - 73.7%) nella prevenzione di RSV-LRTD con almeno due sintomi e del 63.0% (IC 95%: 37.3-78.2%) per RSV-LRTD con almeno tre sintomi[7].
L'analisi per sottogruppi ha evidenziato variazioni nell'efficacia in base all'età e alla presenza di comorbilità. Tra i 60 e 69enni, l'efficacia è stata del 60.1% (IC 95%: 39.5-73.7%), mentre tra i 70 e 79enni è risultata più elevata, raggiungendo il 78.0% (IC 95%: 56.3-88.9%). Per i soggetti di 80 anni o più, l'efficacia non è stata valutabile a causa di un numero insufficiente di casi.

Il profilo di sicurezza e la frequenza delle reazioni avverse sono state valutate in uno studio clinico globale, controllato verso placebo, condotto su un totale di 18245 partecipanti di età ≥ 60 anni. La reazione avversa segnalata più comunemente è stata il dolore nella sede di iniezione (55.9%)[7]. Ad oggi non sono presenti in scheda tecnica indicazioni per le cosomministrazioni, ma sono in corso valutazioni per la cosomministrazione con vaccini antinfluenzali e anti COVID 19.

CONCLUSIONI

La disponibilità di vaccini contro l'RSV rappresenta un'opportunità fondamentale per ridurre il peso clinico e sociale di questa patologia, soprattutto nelle fasce di popolazione più vulnerabili[4-7] prevenendo complicanze severe e riducendo il rischio di ospedalizzazione.

Recentemente, il *Board del Calendario per la Vita*[8] ha raccomandato l'uso della vaccinazione anti-RSV nella popolazione adulta e anziana, individuando come target prioritario tutti i soggetti di età pari o superiore ai 75 anni e gli adulti dai 60 anni in su affetti da patologie croniche. Questa raccomandazione sottolinea la necessità di proteggere le categorie a rischio, offrendo loro una misura preventiva efficace per contrastare le conseguenze più gravi dell'infezione. L'introduzione di tre vaccini sicuri ed efficaci rappresenta un passo avanti cruciale, colmando un bisogno medico finora insoddisfatto in assenza di valide misure preventive o terapie specifiche. Per massimizzare i benefici di questa innovazione, è fondamentale promuovere campagne di vaccinazione mirate, con particolare attenzione agli anziani e ai soggetti con malattie croniche, al fine di garantire un'adeguata copertura vaccinale e ottimizzare l'impatto sulla salute pubblica.

Bibliografia

1. *Azzari C et al. Epidemiology and prevention of respiratory syncytial virus infections in children in Italy. Ital J Pediatr 2021;47:198.*
2. *Documento congiunto SITI, SIMIT. Prevenzione delle infezioni da virus respiratorio sinciziale nella popolazione italiana. 2024. www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1707735493.pdf*
3. *Savic M et al. Respiratory syncytial virus disease burden in adults aged 60 years and older in high-income countries: A systematic literature review and meta-analysis. Influenza Other Respir Viruses 2023;17:e13031. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36369772/*
4. *EMA. Abrysvo - Scheda tecnica. www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo*
5. *EMA. Arexvy - Scheda tecnica. Link*
6. *https://www.ajmc.com/view/gsk-s-arexvy-vaccine-shows-strong-efficacy-against-rsv-in-older-adults*
7. *EMA. mResvia - Scheda tecnica. www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/mresvia-epar-product-information_it.pdf*
8. *Calendario vaccinale per la vita V edizione 2025. www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1734537747.pdf*

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

SIMG REGIONALI 2025

SIMG VENETO

9/10 MAGGIO 2025

SIMG SICILIA

23/24 MAGGIO 2025

SIMG TOSCANA

27 SETTEMBRE 2025

SIMG CAMPANIA

3/4 OTTOBRE 2025

https://regionali.simgvirtualcongress.it

Linee Guida europee 2024 sulla gestione della fibrillazione atriale: quali novità per il Medico di Medicina Generale?

European Guidelines 2024 on the management of atrial fibrillation: what's new for the general practitioner?

Chiara Villani, Gaetano D'Ambrosio
SIMG macroarea cronicità

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Linee Guida europee 2024 sulla gestione della fibrillazione atriale: quali novità per il Medico di Medicina Generale?
Rivista SIMG 2025; 32 (02):16-21.

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

OPEN ACCESS

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

La Società Europea di Cardiologia (ESC) ha recentemente pubblicato le nuove linee guida (LG) sulla gestione della fibrillazione atriale (FA)[1]. Rispetto alle precedenti (2020) contengono nuove raccomandazioni su problematiche gestionali, in primis la prevenzione del tromboembolismo. Appaiono consolidati e superati gli approcci su cui si basavano le precedenti LG; ne viene proposto uno nuovo, denominato **AF-CARE** (**Figura 1**), acronimo che indica una gestione multidisciplinare centrata sul paziente. La componente centrale e prioritaria è rappresentata dalla gestione delle comorbidità (**C**) e dei fattori di rischio, seguita dalla prevenzione del tromboembolismo arterioso (**A**) attraverso una attenta valutazione della terapia anticoagulante orale (TAO). Seguono il controllo del ritmo (**R**) e la valutazione individualizzata (**E**) con rivalutazione periodica, all'insegna di un approccio dinamico che considera la FA e le condizioni associate uno stato patologico in evoluzione.
L'alleanza terapeutica basata sull'empowerment e l'educazione del caregiver, oltre che del paziente stesso, a partire dai corretti stili di vita, può facilitare la scelta del trattamento e migliorare gli outcome.
Riteniamo che questo documento sia uno strumento di grande utilità per il MMG, figura professionale principale chiamata in causa per la messa in pratica delle più importanti raccomandazioni volte a modificare la storia naturale della FA. Riportiamo e commentiamo di seguito le novità di maggiore interesse per il MMG, al fine di facilitarne l'applicabilità nella pratica clinica quotidiana. Laddove possibile specifichiamo la classe della raccomandazione attribuita dalle LG (**Tabella 1**).

DIAGNOSI

Le LG raccomandano (classe I) la conferma diagnostica della FA mediante un ECG (**Figura 2**). Un ecocardiogramma transtoracico dovrebbe essere effettuato in tutti i pazienti nella fase di inquadramento iniziale o in caso di modifiche di segni/sintomi cardiovascolari in pazienti con FA già nota.
Tuttavia, anche se l'ecografia non è immediatamente disponibile, la TAO deve essere avviata, coerentemente con la nota AIFA 97[2].

L'APPROCCIO AF-CARE

I principi fondanti dell'approccio AF-CARE si basano su evidenze crescenti che dimostrano come tutti gli aspetti della gestione della FA siano più efficaci se viene adottato un approccio sartoriale a partire dalle comorbilità e fattori di rischio individuali. Pertanto, sarebbe auspicabile un approccio multidisciplinare (classe IIA) ed è raccomandata l'educazione di pazienti, familiari e caregiver per facilitare la condivisione delle decisioni terapeutiche (classe I).
A tale scopo, le LG suggeriscono la consultazione di un sito educazionale[3] in lingua inglese ma dotato di immagini molto eloquenti. L'accesso alle cure basato sui principi dell'AF-CARE deve essere garantito a tutti i pazienti con FA, indipendentemente da genere, estrazione sociale ed etnia.

COMORBILITÀ E FATTORI DI RISCHIO

L'identificazione e gestione di comorbilità e fattori di rischio è l'elemento cardine dell'approccio AF-CARE ed ha dimostrato di ridurre la ricorrenza e la progressione della FA e di migliorare gli outcome. È un punto su cui il MMG in primis è chiamato a fare la differenza, in virtù del suo ruolo specifico nella gestione della cronicità. Infatti, alle già note raccomandazioni riguardo ai target pressori da perseguire (120-129/70-79 mmHg o i più bassi tollerati), all'attività fisica personalizzata e alla riduzione di alcol (< 3 drink/settimana), le LG introducono nuove importanti raccomandazioni:

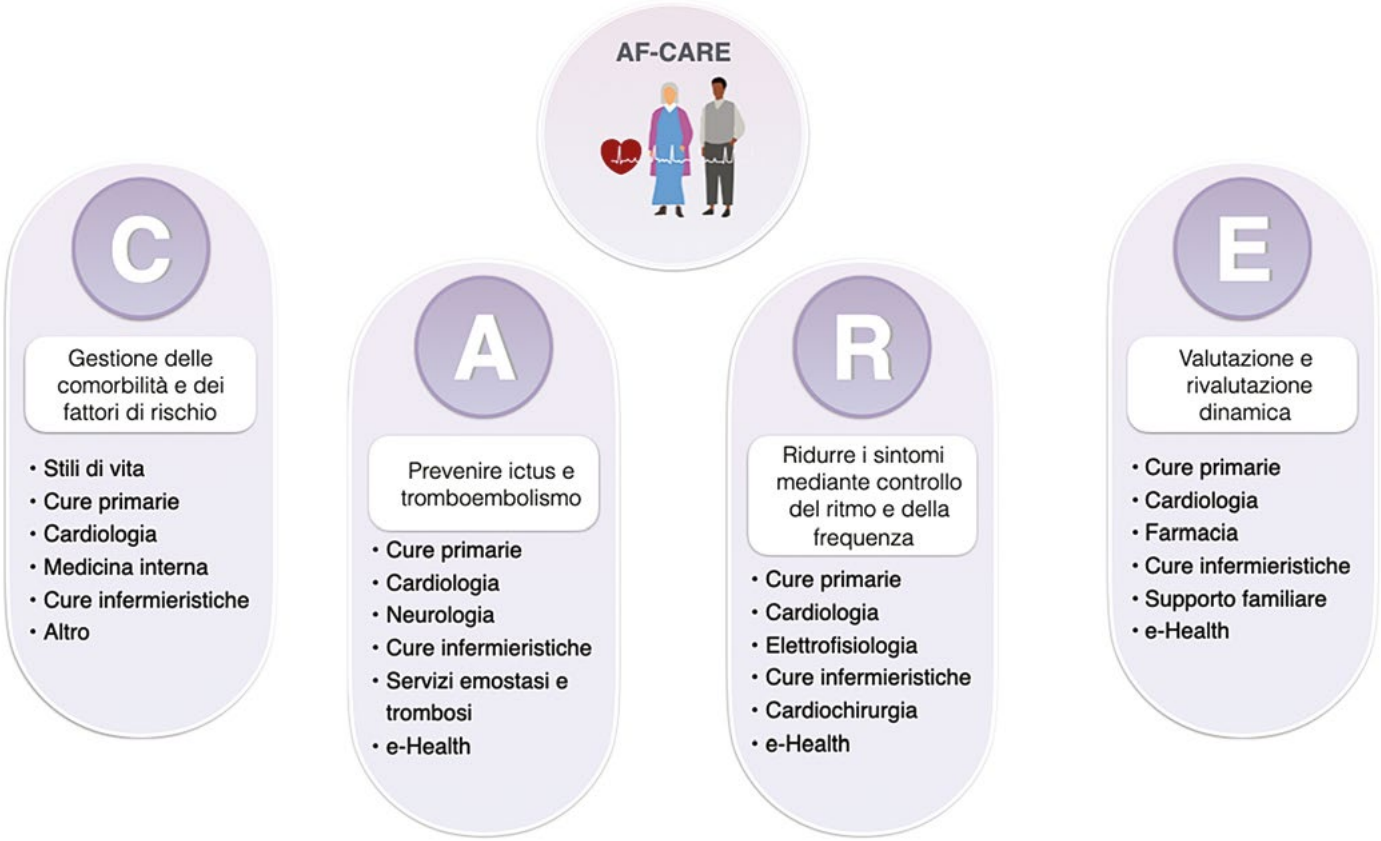


Figura 1 - Approccio multidisciplinare alla gestione della FA secondo le linee guida ESC 2024

- **scompenso cardiaco:** *diuretici e SGLT2i raccomandati in tutti i pazienti indipendentemente dalla FE (classe I);*
- **diabete:** *controllo glicemico mandatorio (classe I);*
- **obesità:** *chirurgia bariatrica nei grandi obesi (BMI >40) insieme al cambiamento dello stile di vita e alla terapia farmacologica (classe IIb);*
- **apnee notturne:** *la gestione di tale patologia rientra in un'ottica di gestione globale dei fattori di rischio (classe IIb).*

PREVENZIONE DEL TROMBOEMBOLISMO E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Qualunque sia la tipologia della FA (prima diagnosi, parossistica, persistente, permanente), il suo evento più temibile, ma potenzialmente evitabile, è il tromboembolismo (in particolare l'ictus), con un rischio, in pazienti non trattati, 5 volte più alto. È noto che circa un quinto degli stroke ischemici dipendono dalla FA.

Gli antiaggreganti da soli non sono raccomandati in prevenzione, mentre la TAO dovrebbe essere proposta a tutti i pazienti fibrillanti eleggibili (classe I), fatta eccezione per coloro che risultano a basso rischio di eventi tromboembolici.

Importante novità introdotta da queste LG e che segna un punto di rottura rispetto non solo alle precedenti raccomandazioni ma anche alle ultime LG americane (2024)[4,5], è aver rimosso il criterio sesso/genere dal calcolo del rischio, trasformando così il CHA_2DS_2-VASc, lo score di rischio tromboembolico più utilizzato, in CHA_2DS_2-VA (**Tabella 2**).

Il CHA_2DS_2-VASc, infatti, assegnando un punto in più alle donne, costringeva ad adottare due soglie di intervento diverse e non era applicabile ai soggetti che non si identificano in modo binario, i transgender, quelli in trattamento con ormoni sessuali.

La TAO è raccomandata nei pazienti con un punteggio CHA_2DS_2-VA pari o superiore a 2 (classe I) e dovrebbe essere presa in considerazione nei soggetti con un punteggio pari a 1.

Le LG raccomandano di considerare anche altri fattori che possono modificare il rischio tromboembolico: neoplasie, nefropatia cronica, etnia (nera, ispanica, asiatica), valori elevati di troponina e BNP, dilatazione atriale, dislipidemia, fumo, obesità.

La TAO è sempre raccomandata nei pazienti con amiloidosi cardiaca o cardiomiopatia ipertrofica, indipendentemente dal valore del CHA_2DS_2-VA (classe I). Inoltre, può essere presa in considerazione nei pazienti con FA asintomatica documentata dai dispositivi (sia impiantabili che indossabili), purché il rischio tromboembolico sia elevato in assenza di fattori di rischio per emorragie maggiori (classe IIb). Infine, le LG ci ricordano che il rischio tromboembolico deve essere periodicamente rivalutato, perché può modificarsi nel tempo.

Quanto al rischio emorragico, gli autori ci ricordano che nella decisione di prescrivere la TAO devono essere considerati i fattori di rischio emorragico e che il punteggio HAS-BLED[6] non è più raccomandato, in quanto si è rivelato poco predittivo. Bisogna individuare e possibilmente correggere i fattori modificabili (ipertensione non controllata, abuso di alcol, terapia antiaggregante o con FANS, altri farmaci potenzialmente interferenti, scarsa attenzione a terapia con AVK) e tener conto dei fattori di rischio non mo-

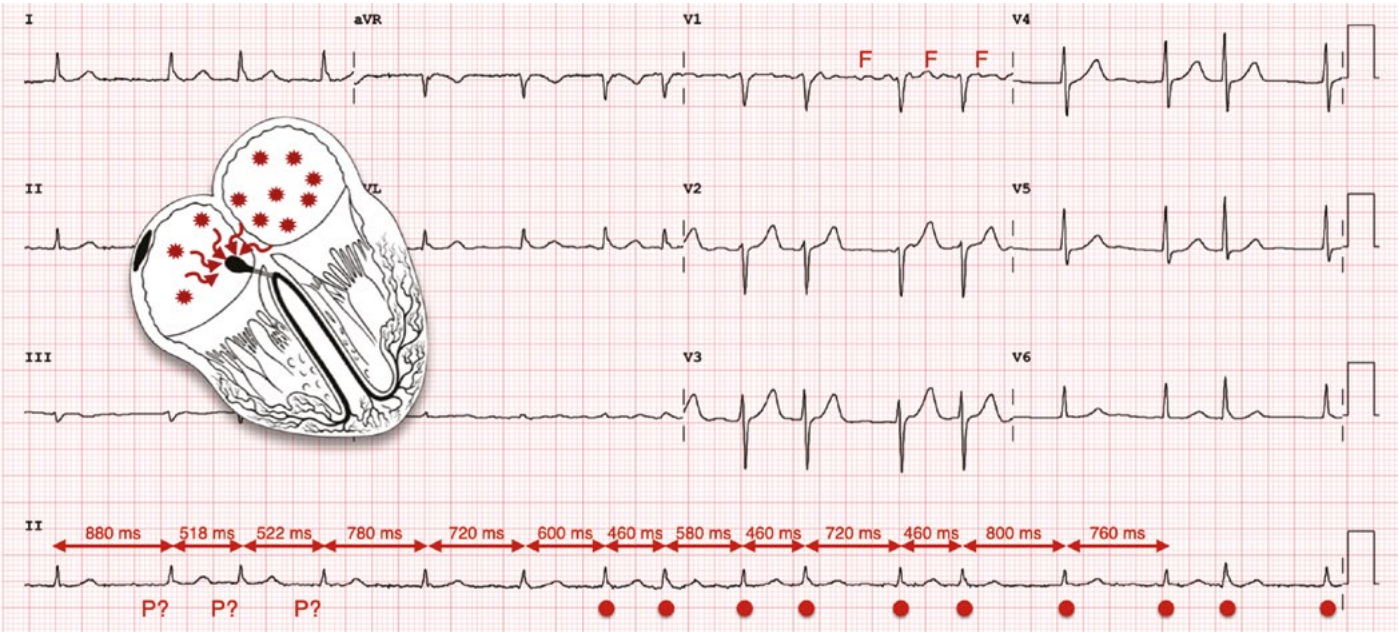


Figura 2 - Quadro elettrocardiografico di FA.
Si notino: l'assenza di onde P e la totale irregolarità degli intervalli RR, elementi chiave per la diagnosi di FA.

dificabili (**Tabella 3**). In ogni caso la presenza di fattori di rischio emorragico raramente conduce a non prescrivere o a sospendere la TAO in quanto il rischio di ictus in assenza di TAO spesso supera il rischio di emorragie maggiori. I pazienti con fattori non modificabili dovrebbero essere rivalutati più spesso.

TAO

Le LG confermano quanto stabilito dalla precedente edizione a proposito delle procedure per il controllo del ritmo e della frequenza, evidenziando l'importanza della ablazione transcatetere quale procedura di prima linea soprattutto nei pazienti con FA parossistica. Vi sono invece nuove interessanti raccomandazioni sulla prevenzione delle complicanze tromboemboliche.

Gli anticoagulanti orali diretti (DOAC) hanno dimostrato di ridurre il rischio tromboembolico nella FA con efficacia almeno non inferiore rispetto a warfarin ma col vantaggio aggiuntivo di una riduzione del 50% delle emorragie intracraniche. I DOAC non sono indicati nei pazienti portatori di valvola meccanica o affetti da stenosi mitralica moderata e severa, nei quali il trattamento di scelta resta l'AVK[2].

La riduzione della dose di DOAC al fine di ridurre il rischio di sanguinamento o in presenza di emorragie minori è inappropriata

Tabella 1 - Classi delle raccomandazioni adottate dalle linee guida ESC

	DEFINIZIONE	TERMINOLOGIA
Classe I	Evidenze e/o consenso generale che un determinato trattamento o procedura è benefica, utile, efficace.	È raccomandato o è indicato
Classe II	Evidenze contrastati e/o divergenze di opinioni relative alla utilità/efficiacia di un determinato trattamento o procedura	
Classe IIa	Il peso delle evidenze/opinioni è a favore dell'utilità/efficacia	Dovrebbe essere considerato
Classe IIb	Utilità/efficacia sono stabilite in modo meno rilevante dalle evidenze/opinioni	Potrebbe essere considerato
Classe III	Evidenze e/o consenso generale che un determinato trattamento o procedura non è utile/efficace e in alcuni casi potrebbe essere anche dannoso	Non è raccomandato

Tabella 2 - Definizione aggiornata del punteggio CHA_2DS_2-VA

	CHA_2DS_2-VA	DEFINIZIONE E COMMENTO	PUNTI
C	Chronic heart failure	Tutti i fenotipi compresa la disfunzione asintomatica del ventricolo sinistro (FE ≤ 40%)	1
H	Hypertension	PA > 140/90 in almeno due occasioni o terapia anti-ipertensiva in atto	1
A	Age 75 years or above		2
D	Diabetes mellitus	Tipo 1 o tipo 2, definiti secondo i criteri correntemente accettati, o terapia ipoglicemizzante.	1
S	Prior Stroke, TIA, or arterial thromboembolism		2
V	Vascular disease	Coronaropatia (pregresso infarto, angina, pregressa rivascolarizzazione) e coronaropatia significativa documentata dalla angiografia o dall'imaging cardiaco oppure Vasculopatia periferica (claudicatio intermittens, pregressa rivascolarizzazione, pregresso intervento percutaneo o chirurgico sull'aorta addominale, placche aortiche documentate mediante metodiche di imaging (motilità, ulcerazione, peduncolazione, o spessore ≥ 4 mm)	1
A	Age 64-75 years		1

e deve essere sempre scoraggiata in quanto non riduce il rischio emorragico bensì aumenta quello tromboembolico (classe III). Pertanto, la riduzione del dosaggio dei DOAC è consigliata solo nei casi previsti dalle schede tecniche di ciascun farmaco.
Nonostante dalla commercializzazione dei DOAC l'utilizzo degli AVK si sia notevolmente ridimensionato e re-legato a specifiche condizioni cliniche, nei pazienti >75 anni in trattamento stabilizzato con AVK, in politerapia o con altri fattori di fragilità, si può non effettuare il passaggio a DOAC. Un trial recente[7], infatti, ha evidenziato la possibilità non trascurabile di aumentare il rischio emorragico in questi pazienti (classe IIb).

TERAPIA ANTIAGGREGANTE IN ASSOCIAZIONE A TAO

Le LG chiariscono che l'aggiunta di un antiaggregante non è raccomandata nella prevenzione del tromboembolismo, in quanto associata ad un aumento degli eventi emorragici senza alcun beneficio in termini di prevenzione di stroke o morte. L'associazione dovrebbe essere riservata ai pazienti con vasculopatia acuta (es. sindrome coronarica acuta).
L'associazione di rivaroxaban a basse dosi con ASA a dosaggio antiaggregante è stata approvata per la coronaropatia e la vasculopatia periferica sulla scorta dei risultati dello studio COMPASS[8], ma questo approccio non può essere generalizzato ai pazienti con FA che richiedono TAO a dosi piene (classe III).
Nei pazienti che hanno avuto uno stroke embolico non è indicata né l'aggiunta di un antiaggregante alla TAO né il passaggio ad un altro DOAC o ad un AVK (classe III).

ULTERIORI SPECIFICHE RELATIVE AGLI ANTICOAGULANTI

La durata della TAO nei pazienti sottoposti a procedura di ablazione è oggetto di studi ancora in corso. Le LG consigliano di proseguire la terapia basandosi sul rischio tromboembolico del paziente valutato con CHA2DS2-VA, indipendentemente dal risultato della procedura. È inoltre raccomandato l'utilizzo a lungo termine nei pazienti con FA *"trigger-induced"*, cioè quei casi di FA cosiddetta "secondaria" scatenata da fattori potenzialmente reversibili, tra i quali le infezioni (batteriche o virali), pericarditi, miocarditi, emergenze (ustioni, traumi, shock), eccesso di alcol, uso di droghe (metamfetamine, cocaina, oppiacei, cannabis), procedure diagnostiche o chirurgiche,

Tabella 3 - Principali fattori di rischio emorragico

MODIFICABILI	NON MODIFICABILI
Ipertensione non controllata	Età
Terapia antiaggregante	Pregresse emorragie maggiori
Uso di FANS	Insufficienza renale grave, dialisi o trapianto
Abuso di alcol	Disfunzione epatica severa, cirrosi
INR instabile durante terapia con AVK	Neoplasie
Interazioni farmacologiche	Fattori genetici (es: polimorfismo CYP2C9)
Attività pericolose	Pregresso ictus
	Decadimento cognitivo / demenza
	Patologie intracerebrali

disturbi endocrini (tiroide, surrene, ipofisi, ecc.). La TAO è raccomandata in presenza di alto rischio tromboembolico e dopo aver corretto, se possibile, il fattore scatenante. Infatti, studi retrospettivi e osservazionali evidenziano che i pazienti con FA *"trigger-induced"* presentano lo stesso rischio tromboembolico dei pazienti affetti da FA "primaria".
Infine, la TAO è raccomandata nei pazienti con flutter atriale e rischio tromboembolico elevato. Infatti, anche il flutter atriale è associato ad un aumentato rischio tromboembolico e coloro che ne sono affetti spesso sviluppano la FA. Per questo motivo le LG suggeriscono in questi pazienti le stesse raccomandazioni riguardanti la gestione dei fattori di rischio, le comorbilità e la prevenzione del tromboembolismo previste per la FA.

SCREENING

Recentemente sono stati immessi in commercio numerosi device che possono individuare aritmie (**Tabella 4**); tuttavia si raccomanda sempre che un tracciato ECG sia valutato da un medico per definire la diagnosi di FA (classe I).
Data l'alta prevalenza della FA, circa 1/3 degli anziani, una valutazione del ritmo cardiaco in occasione di un qualsiasi contatto con un operatore sanitario è raccomandata in tutti i soggetti ≥65 anni (classe I). Inoltre, gli autori raccomandano lo screening di popolazione con ECG prolungato in soggetti di età ≥75 anni o ≥65 anni se sono presenti fattori di rischio addizionali (classe IIa). A tal riguardo si può riflettere sull'enorme impatto che avrebbe, a livello individuale e di popolazione, oltre che sul SSN, la possibilità per ciascun MMG di registrare un ECG per effettuare uno screening nella popolazione anziana.

PREVENZIONE PRIMARIA

Queste LG danno ampio spazio alla prevenzione primaria, sottolineando come gli interventi sui fattori di rischio e le comorbilità possano ridurre il rischio di recidiva e di complicanze della FA ma anche evitare l'insorgere dell'aritmia. È intuitivo pensare che prevenire l'insorgenza dell'aritmia impatti in modo rilevante non solo sulla salute degli assistiti ma anche sui costi sociali.
Interventi preventivi più utili:
- mantenere valori pressori ottimali usando ACEi o ARBs come prima linea di terapia;
- effettuare una terapia appropriata dello scompenso cardiaco;
- mantenere un peso corporeo normale;
- ridurre il peso corporeo negli obesi;
- condurre una vita attiva (150-300 minuti a settimana di attività fisica di moderata intensità o 75-150 minuti di attività fisica vigorosa);

Tabella 4 - Varie modalità per individuare la FA

	STRUMENTI PER LO SCREENING DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE
1	Palpazione del polso
2	Algoritmi di intelligenza artificiale su tracciato ECG in ritmo sinusale
3	Dispositivi basati sul tracciato ECG
	• ECG a 12 derivazioni tradizionale
	• ECG Holter (da 24 ore a 1 settimana o oltre)
	• Telemetria cardiaca (durante ricovero ospedaliero)
	• Dispositivi portatili capaci di registrare una traccia ECG
	• Dispositivi adesivi (fino a 14 giorni)
	• Dispositivi indossabili (smart watch, fitness band, ecc.) (30 secondi)
	• Indumenti dotati di sensori biometrici (fino a 30 giorni)
	• Loop recorder impiantabili (3-5 anni)
4	Dispositivi non basati sul tracciato ECG ma su varie metodiche alternative
	• Fotopletismografia mediante rilevamento delle variazioni pulsatili di colore della cute: a contatto (smartphone, indossabili, strumenti applicabili al dito) o non di contatto (video pletismografia)
	• Oscillometria (sfigmomanometri automatici con rilevamento del ritmo)
	• Meccanocardiografia (rilevamento della attività cardiaca utilizzando gli accelerometri e/o i giroscopi di cui sono dotati gli smartphone poggiandoli sullo sterno)

- evitare l'abuso di alcolici;
- considerare l'uso di metformina o SGLT2i nei pazienti diabetici che necessitano di terapia farmacologica.

CONCLUSIONI

Oltre all'introduzione di alcune specifiche novità, prima fra tutte il punteggio CHA_2DS_2-VA al posto del CHA_2DS_2-Vasc per la stratificazione del rischio tromboembolico, le LG europee 2024 sulla gestione della FA segnano un vero e proprio cambio di passo nell'approccio alla patologia, spostando l'attenzione dal controllo del ritmo all'identificazione e trattamento di comorbilità e fattori di rischio, intesi come componenti iniziali e centrali della gestione del paziente.

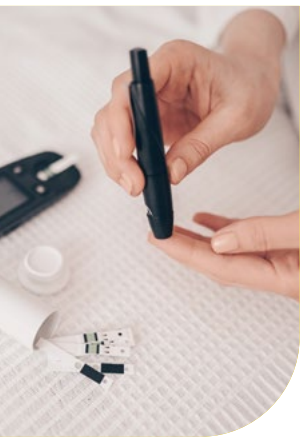
È sempre più chiaro, infatti, che la FA spesso è conseguenza di fattori di rischio e comorbilità sottostanti, che non possono essere distinti dalla FA, non più mera anomalia del ritmo.

L'importanza di considerare tale patologia una malattia complessa richiede un approccio olistico e multidisciplinare, in cui appare chiaro ed evidente il ruolo chiave del MMG, meglio se all'interno di una equipe di cure primarie.

Siamo convinti che grazie al suo punto di vista privilegiato e al ruolo quotidianamente svolto nella gestione della cronicità possa fare la differenza.

Bibliografia

1. *Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2024;45:3314-3414.*
2. *https://www.aifa.gov.it/nota-97*
3. *http://afibguide.com*
4. *2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the diagnosis and management of atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2024;149:e1–e156*
5. *Fibrillazione atriale: cosa c'è di nuovo tra linee-guida e score di rischio? Rivista SIMG 2024;31(04):8-13.*
6. *Zhu W, et al. The HAS-BLED score for predicting major bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. Clin Cardiol 2015;38:555-61.*
7. *Joosten LPT, et al. Safety of switching from a vitamin K antagonist to a non-vitamin K antagonist oral anti-coagulant in frail older patients with atrial fibrillation: results of the FRAIL-AF randomized controlled tri-al. Circulation 2024;149:279–89.*
8. *Eikelboom JW, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in stable cardiovascular disease. N Engl J Med 2017;377:1319-30.*



Insulina settimanale: la risoluzione di molti problemi?

Weekly insulin: the solution to many problems?

Gerardo Antonio Medea[1,2], Tindaro Iraci[2]
[1]SIMG responsabile ricerca, [2]SIMG macroarea cronicità

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Insulina settimanale: la risoluzione di molti problemi?
Rivista SIMG 2025; 32 (02):22-25.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

INTRODUZIONE

A circa un secolo dalla sua scoperta, la terapia insulinica continua a rivestire un ruolo centrale nel trattamento del diabete anche di tipo 2 (DMT2), soprattutto in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi glicemici, anche con le terapie di ultima generazione (es. GLP1-RAs, SGLT2 inibitori)
Dal primo utilizzo dell'insulina, sono stati fatti notevoli passi in avanti. In particolare, molto è stato fatto nello sviluppo delle insuline basali. Dall'insulina NPH si è passati all'insulina Detemir e Glargine U100 (insuline con un minor effetto picco e una più lunga durata d'azione). Successivamente sono stati sviluppati gli analoghi basali di 2° generazione, Glargine-300 U/mL (Gla-300) e Degludec (IDeg), che hanno consentito di ottenere una ancora più prolungata durata d'azione (>24h), e una ridotta variabilità glicemica con minore incidenza di ipoglicemie, soprattutto notturne/gravi. **(Figura 1)**

Queste insuline se da una parte hanno migliorato la qualità di vita delle persone con diabete, dall'altra a causa dell'elevato numero di somministrazioni (anche oltre 365/anno), hanno contribuito a mantenere bassa l'aderenza alla terapia insulinica, favorendo il mancato raggiungimento dei target glicemici.[1-2]
Questi presupposti hanno portato allo sviluppo di nuove tecnologie per la produzione di insuline basali con durata d'azione ancora più lunga, fino a oltre una settimana, mantenendo una farmacocinetica piatta e riproducibile, garantendo un documentato profilo di efficacia e sicurezza.
L'introduzione di insuline a somministrazione settimanale, come l'insulina **icodec** e l'insulina **efsitora alfa**, ha suscitato quindi un forte interesse nella comunità scientifica e tra i medici di famiglia. Queste formulazioni promettono di influire favorevolmente sulla aderenza terapeutica, sul controllo glicemico e sugli esiti clinici a medio/lungo termine.[3]

ADERENZA TERAPEUTICA: UN PROBLEMA IRRISOLTO

Uno dei principali ostacoli alla gestione della terapia insulinica è la scarsa aderenza al trattamento. Numerosi studi hanno dimostrato che molti pazienti non seguono le prescrizioni terapeutiche per diverse ragioni:

- **Paura delle iniezioni:** alcuni pazienti sviluppano un'ansia legata all'uso quotidiano degli aghi.
- **Dimenticanza:** la vita frenetica e altri impegni possono far sì che i pazienti saltino una dose.
- **Percezione di un trattamento complesso:** alcuni pazienti trovano difficoltà nella titolazione dell'insulina o nel monitoraggio della glicemia.
- **Effetti collaterali:** il rischio di ipoglicemia può generare timori e portare a un uso non ottimale dell'insulina.

Secondo recenti analisi[4], oltre il 30% dei pazienti in terapia con insulina basale non segue il regime prescritto in modo ottimale. L'uso di una formulazione settimanale riduce significativamente il numero di iniezioni necessarie, migliorando così l'accettazione del trattamento e la qualità della vita delle persone con diabete.

EFFICACIA E SICUREZZA DELL'INSULINA SETTIMANALE

L'insulina icodec è il primo analogo dell'insulina umana a somministrazione settimanale, immesso in commercio in Italia e autorizzato alla rimborsabilità da parte del SSN. È attualmente l'insulina più studiata tra le formulazioni settimanali.
Nei trial clinici ONWARDS 1-5, (*a Once-Weekly Analogue exploRing new options for DiabeteS treatment*) che hanno coinvolto oltre 3.700 pazienti, è stata indagata l'efficacia e la sicurezza di icodec in tutto lo spettro delle popolazioni con DMT2[5-9]. E' stato dimostrato che icodec ha avuto un effetto ipoglicemizzante non

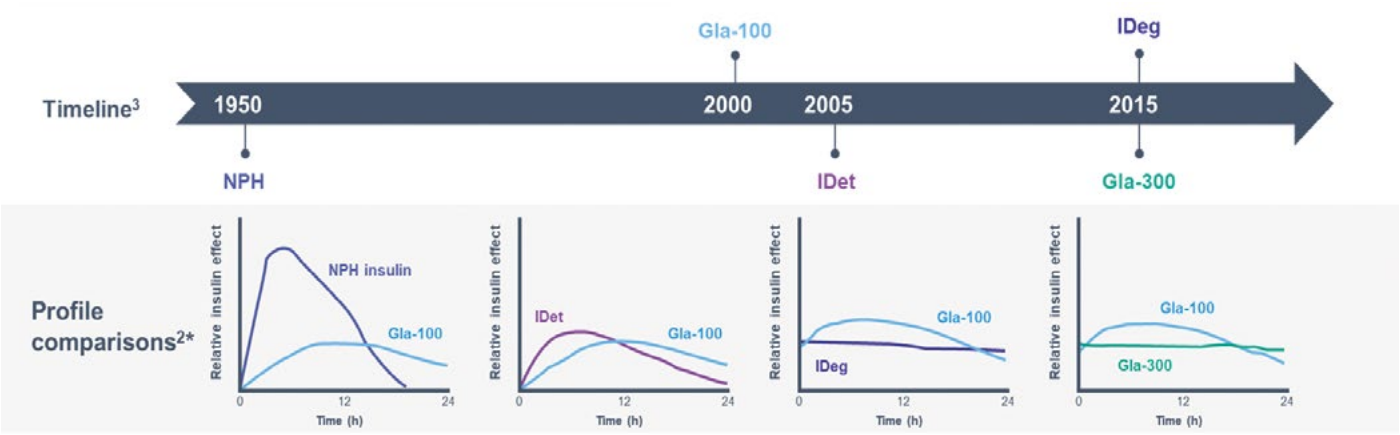


Figura 1 - Evoluzione delle insuline basali a somministrazione giornaliera

inferiore o statisticamente superiore a quello dei comparatori di insulina basale a somministrazione giornaliera (insulina glargine U100, insulina glargine U300 o insulina degludec in individui con DMT2, naïve all'insulina o già in trattamento con insulina basale o basal-bolus).

Principali risultati degli studi ONWARDS 1-5[10-11]

- Maggiore riduzione dell'HbA1c rispetto alle insuline basali tradizionali, con un miglioramento clinicamente significativo del controllo glicemico.
- Percentuale più elevata di pazienti che raggiungono l'HbA1c <7%, senza sviluppare episodi di ipoglicemia clinicamente significativa (<54 mg%) o ipoglicemia grave (perdita di coscienza).
- Profilo di sicurezza simile alle insuline basali giornaliere, con un rischio più basso di ipoglicemie gravi.

L'efficacia dell'insulina icodec si basa sulla sua ultra-estesa emivita, pari a 196h (8 giorni) e alla sua cinetica piatta, che consentono una copertura glicemica stabile per un'intera settimana, riducendo le fluttuazioni della glicemia e garantendo una maggiore prevedibilità del controllo metabolico. **(Figura 2)**

IPOGLICEMIA: UN RISCHIO CONTROLLATO?

L'ipoglicemia è una delle principali preoccupazioni nella gestione del diabete trattato con insulina. Nei trial ONWARDS, il rischio di ipoglicemia clinicamente significativa con icodec è risultato simile a quello delle insuline basali giornaliere. Tuttavia, un aspetto interessante emerso dagli studi è la distribuzione temporale delle ipoglicemie. Con icodec, gli episodi ipoglicemici si verificano più frequentemente tra il secondo e il quarto giorno dopo l'iniezione. Questo suggerisce che la somministrazione settimanale potrebbe richiedere una strategia di monitoraggio adattata, con controlli glicemici più frequenti nei giorni successivi all'iniezione, per prevenire eventuali episodi ipoglicemici. Nonostante questo, icodec ha mostrato un numero inferiore di episodi di ipoglicemia grave, il che suggerisce che il farmaco potrebbe offrire un profilo di sicurezza migliore rispetto alle attuali insuline basali.

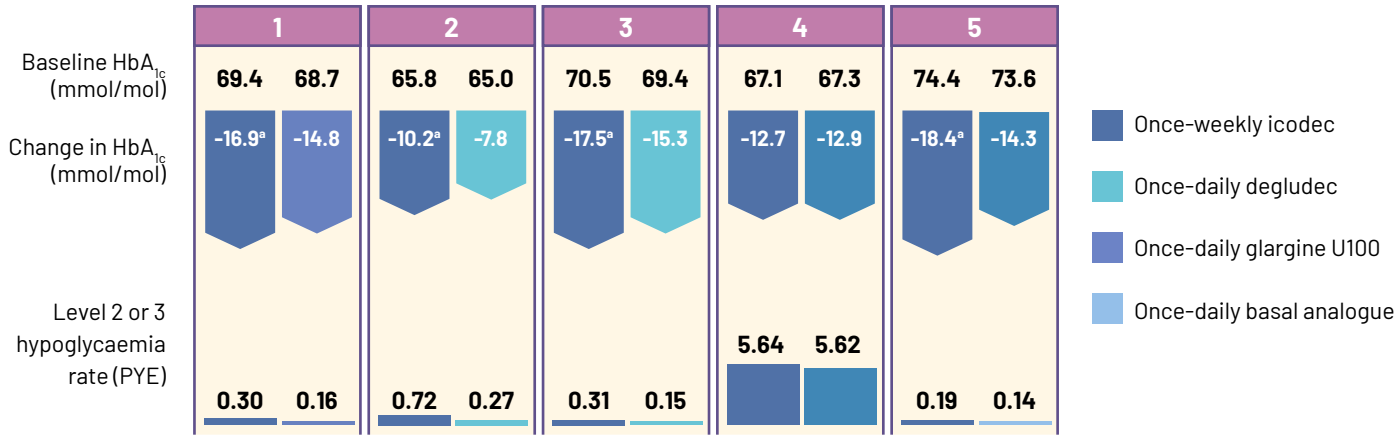


Figura 2 - Riassunto dei principali risultati degli studi ONWARDS 1-5, relativamente alle variazioni di HbA1c rispetto ai valori basali e al tasso di ipoglicemie di livello 2 o 3. Tratta da[12]

RISULTATI RIPORTATI DAL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON ICODEC

Altro dato particolarmente rilevante è emerso dagli studi ONWARDS 2 e 5, in cui sono state valutate le preferenze dei pazienti (PROs). Ai soggetti inclusi nello studio è stato sottoposto un questionario validato per misurare la soddisfazione al trattamento nei pazienti diabetici "*Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire*" (DTSQ). In entrambi gli studi i pazienti riportavano una preferenza per l'insulina settimanale rispetto ad una a somministrazione giornaliera per le seguenti ragioni: frequenza delle iniezioni, facilità di utilizzo, miglior controllo glicemico. **(Figura 3)**

In aggiunta, lo studio ONWARDS 5 ha indagato, attraverso la somministrazione del TRIM-D (*Treatment Related Impact Measure for Diabetes*), la compliance al trattamento per il periodo di follow-up dello studio (52 settimane).

In particolare, lo studio ha evidenziato come al termine del periodo di follow-up lo score attributo al livello della compliance al trattamento fosse più alto per l'insulina settimanale icodec rispetto al regime insulinico giornaliero. Questo risultato dimostra che una maggiore flessibilità e comodità grazie alla somministrazione settimanale, ha la potenzialità di migliorare il gradimento e l'accettazione della terapia insulinica nei pazienti.

VANTAGGI PRATICI PER I MEDICI DI FAMIGLIA E I PAZIENTI CON L'USO DELL'INSULINA SETTIMANALE

L'introduzione dell'insulina settimanale potrebbe rappresentare una svolta nella gestione del diabete, sia per i pazienti che per i medici di famiglia.

Benefici per i pazienti:

- Minore numero di iniezioni ▸ Migliore accettazione della terapia.
- Miglior controllo glicemico ▸ Riduzione delle oscillazioni glicemiche.
- Riduzione degli errori terapeutici ▸ Meno rischio di dimenticanze o di dosaggi errati.
- Maggior flessibilità nella vita quotidiana ▸ Minore impatto sulla routine giornaliera ▸ Migliore qualità della vita.

Per i pazienti più anziani o per coloro che hanno difficoltà con la gestione quotidiana dell'insulina, questa innovazione potrebbe rappresentare un vero punto di svolta.

Benefici per i medici di famiglia:

- Semplificazione della gestione del diabete ▸ Maggiore aderenza terapeutica, minori complicanze e ridotto numero di ricoveri.
- Minore necessità e frequenza di aggiustamenti della terapia ▸ Il controllo glicemico stabile riduce la necessità e la frequenza di visite di follow-up.
- Meno episodi di ipoglicemia grave ▸ Maggiore sicurezza per il paziente.

SFIDE E LIMITI DELL'INSULINA SETTIMANALE

Sulla base degli studi clinici attualmente disponibili, l'insulina settimanale presenta numerosi vantaggi e alcune sfide che la pratica clinica sul campo contribuirà certamente a superare:

1 • **Titolazione della dose:** a differenza delle insuline basali giornaliere, la regolazione della dose dell'insulina icodec segue protocolli diversi, che potrebbero richiedere una curva di apprendimento iniziale per i medici e i pazienti.

2 • **Monitoraggio della glicemia:** la lunga durata d'azione dell'insulina settimanale richiede un attento monitoraggio nei giorni successivi all'iniezione, per evitare ipoglicemie.

3 • **Accettazione da parte del paziente:** alcuni pazienti, già in trattamento con insulina basale, potrebbero essere riluttanti a cambiare una terapia consolidata per un nuovo farmaco, anche se potenzialmente più comodo.

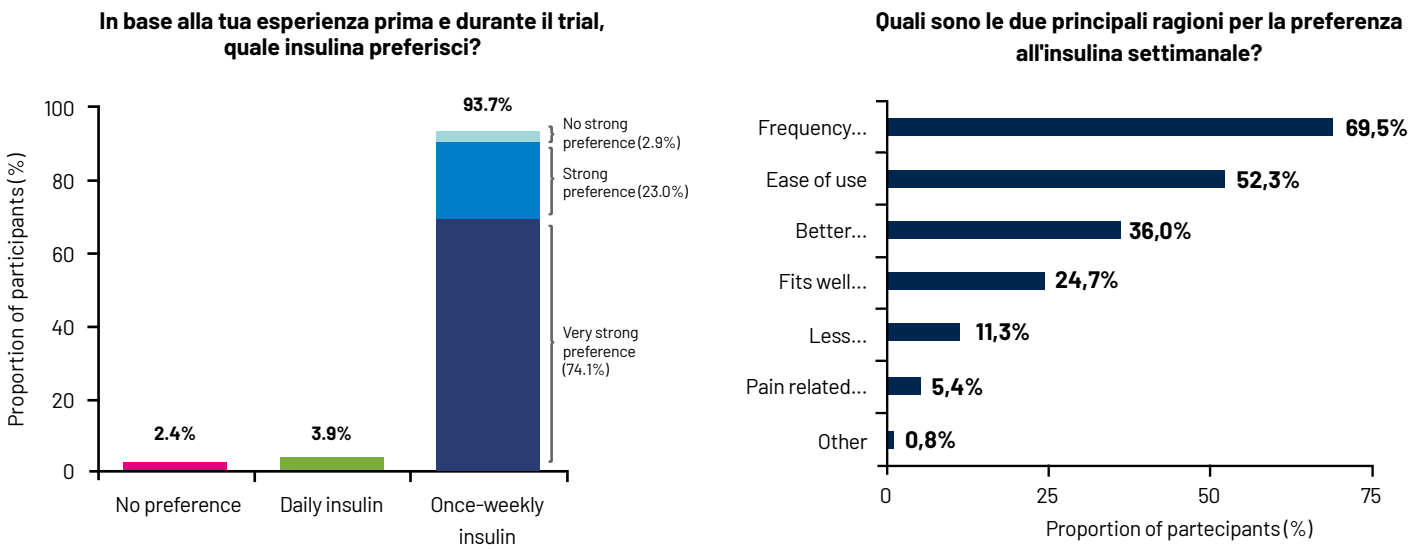


Figura 3 - Questionario sulle preferenze verso l'insulina basale, settimanale o giornaliera, in soggetti già in trattamento con insulina basale giornaliera prima dell'inizio dello studio. Studio ONWARDS 2. La maggioranza dei partecipanti ha manifestato una preferenza molto forte nei confronti dell'insulina icodec settimanale (praticata durante lo studio) rispetto alla precedente insulina basale giornaliera (praticata prima dello studio)

CONCLUSIONI

L'insulina settimanale grazie alla drastica riduzione nel numero di iniezioni (52 vs 365 all'anno) rappresenta una delle innovazioni più promettenti nel trattamento del DMT2. Seppur con alcune sfide ancora da affrontare, questa tecnologia ha il potenziale per cambiare radicalmente il trattamento del diabete, favorendo l'accettazione e l'aderenza alla terapia insulinica, riducendo l'insorgenza e la progressione delle complicanze e migliorando quindi la qualità di vita delle persone con diabete.

Bibliografia

1. *Franco DR, et al. Basal insulin persistence in Brazilian participants with T2DM. Rev Assoc Med Bras (1992) 2019;65:1254-64.*
2. *Brod M, et al. Adherence patterns in patients with type 2 diabetes on basal insulin analogues: missed, mistimed and reduced doses. Curr Med Res Opin 2012;28:1933-46.*
3. *Polonsky WH, et al. Patient perspectives on once-weekly medications for diabetes. Diabetes Obes Metab 2011;13:144-9.*
4. *Inzucchi SE, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2023: A consensus report. Diabetes Care, 2023.*
5. *Bajaj HS, et al. Once-weekly insulin icodec with dosing guide app versus once-daily basal insulin analogues in insulin naïve type 2 diabetes (ONWARDS 5): a randomized trial. Ann Intern Med 2023;176:1476-85.*
6. *Lingvay I, et al. Once-weekly insulin icodec vs once-daily insulin degludec in adults with insulin-naive type 2 diabetes: the ONWARDS 3 randomized clinical trial. Jama 2023;330:228-37.*
7. *Mathieu C, et al. Switching to once-weekly insulin icodec versus once-daily insulin glargine U100 in individuals with basal-bolus insulin-treated type 2 diabetes (ONWARDS 4): a phase 3a, randomised, open-label, multicentre, treat-to-target, noninferiority trial. Lancet 2023;401:1929-40.*
8. *Philis-Tsimikas AAM, et al. Switching to once-weekly insulin icodec versus once-daily insulin degludec in basal insulin-treated type 2 diabetes (ONWARDS 2): a phase 3, randomised, open label, treat-to-target trial. Lancet Diabetes Endocrinol 2023;11:414-25.*
9. *Rosenstock J, et al. Weekly icodec versus daily glargine U100 in type 2 diabetes without previous insulin. N Engl J Med 2023;389:297-308*
10. *Bajaj HS et al. Once-weekly insulin icodec compared with daily basal insulin analogues in type 2 diabetes: Participant-level meta-analysis of the ONWARDS 1–5 trials. Diabetes Obesity Metabolism 2024*
11. *ClinicalTrials.gov: ONWARDS 1-5 Studies.*
12. *Trevisan S, et al. Once-weekly insulins: a promising approach to reduce the treatment burden in people with diabetes. Diabetologia 2024;67:1480-92*

ORIGINAL ARTICLE

Ottimizzazione della campagna vaccinale 2024-2025 nel Lazio: il corretto tempismo nella consegna dei vaccini

Optimization of the 2024-2025 vaccination campaign in Lazio: the right timing in the delivery of vaccines

Giulia Ciancarella, Giulio Nati
SIMG Roma

ABSTRACT Il corretto svolgimento delle campagne vaccinali rappresenta una sfida fondamentale per il SSN. I medici di medicina generale (MMG) rivestono un ruolo cruciale nella somministrazione dei vaccini alla popolazione, in particolare per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, antipneumococcica e anti-COVID19. Il presente articolo analizza i dati relativi alle tempistiche di consegna delle dosi di vaccino relative alla campagna vaccinale 2024-2025 nella regione Lazio e discute l'opportunità della co-somministrazione, pratica utile per migliorare l'adesione dei pazienti, ridurre le perdite di opportunità vaccinale e ottimizzare le risorse.

The correct execution of vaccination campaigns is a key challenge for the national health care system. General practitioners (GPs) play a crucial role in the administration of vaccines to the population, particularly regarding influenza, antipneumococcal, and anti-COVID19 vaccination. This article analyses data on the timing of dose delivery in the 2024-2025 vaccination campaign in Lazio and discusses the appropriateness of co-administration, a useful practice to improve patient adherence, reduce vaccine opportunity losses, and optimize resources.

Parole chiave/Key words: co-somministrazione, prevenzione, vaccini

Conflitto di interessi
Gli Autorl dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Ottimizzazione della campagna vaccinale 2024-2025 nel Lazio: il corretto tempismo nella consegna dei vaccini; Rivista SIMG 2025; 32 (02):26-30.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

INTRODUZIONE

La vaccinazione rappresenta l'atto medico più efficace nella prevenzione delle malattie infettive[1].
La sensibilizzazione della popolazione, il reclutamento attivo dei pazienti ed una efficiente pianificazione rappresentano gli elementi fondamentali per la buona riuscita della campagna vaccinale.
La distribuzione nella corretta finestra temporale delle dosi di vaccino ai MMG è di cruciale importanza per consentire le somministrazioni nei tempi raccomandati[2]. I MMG risultano dunque attori protagonisti nel coordinamento della vaccinazione di massa, rendendo possibile un maggiore reclutamento, una pianificazione ottimizzata e una valutazione personalizzata dell'opportunità della co-somministrazione[3]. La campagna di vaccinazione antinfluenzale (CVA) per la stagione 2024-25 è iniziata ufficialmente il 1° ottobre 2024. Nella Regione Lazio per la CVA 2024-25, sono stati messi a disposizione i seguenti vaccini[4]:

- quadrivalente prodotto in uova (Vaxigrip Tetra®);
- quadrivalente prodotto su colture cellulari (Flucelvax Tetra®);
- quadrivalente adiuvato con MF59 (Fluad Tetra®);
- trivalente vivo attenuato somministrato con spray intranasale (Fluenz®);
- quadrivalente ad alto dosaggio (Efluelda®).

Relativamente alla vaccinazione anti-pneumococcica, le specialità vaccinali disponibili risultavano essere[5]:

- coniugato 13-valente (Prevenar 13®)
- coniugato 20-valente (Prevenar 20®)
- coniugato 15-valente (Vaxneuvance®)
- polisaccaridico non coniugato 23-valente (Pneumovax®).

A causa della pandemia da COVID-19, la sanità pubblica ha dovuto aggiungere un nuovo vaccino al calendario vaccinale[6, 7]. La campagna nazionale di vaccinazione autunnale e invernale anti COVID-19 2024-25, si avvale dei vaccini adattati alla variante JN.1, con possibilità di co-somministrazione con altri vaccini, compresi i vaccini basati sull'impiego di patogeni vivi attenuati[8]. La presenza quindi di un terzo vaccino complica la sfida relativa alla co-somministrazione (la somministrazione di tre vaccini contemporaneamente, se pur possibile, è difficil-

mente accettata da tutti i pazienti) e fa diventare ancor più pressante il corretto sviluppo della catena che, dalle aziende farmaceutiche produttrici, porta alle Regioni, alle ASL e ai MMG. Trascorsi 10 giorni dall'inizio della CVA, abbiamo inteso valutare le tempistiche delle forniture vaccinali nella regione Lazio.

MATERIALI E METODI

Per valutare le tempistiche delle forniture vaccinali nella regione Lazio, è stato utilizzato un questionario online (**Tabella 1**), progettato per raccogliere dati sulle esperienze degli MMG riguardo alle consegne di vaccini e ad eventuali problematiche riscontrate.
Il questionario anonimo è stato distribuito tramite le piattaforme di comunicazione professionale, garantendo un facile accesso per i partecipanti. La raccolta dei dati è avvenuta nel mese di ottobre, con invio del questionario in data 10/10/2024 e con la possibilità di compilazione per 5 giorni (fino al 15/10/2024).
I dati raccolti sono stati analizzati al fine di valutare le tempistiche delle forniture vaccinali e la presenza di eventuali criticità.

RISULTATI

Sono state raccolte le risposte di 113 MMG della regione Lazio. Nella **Figura 1** è rappresentata la distribuzione geografica dei MMG che hanno aderito al questionario.
Al 15/10/2024 il 12% (n=14) dei MMG non aveva ricevuto alcuna dose di vaccino, il 28% (n=31) aveva ricevuto la fornitura in ritardo rispetto alla data di inizio della campagna. Nel 60% (n=68) dei casi la tempistica e le modalità della distribuzione erano state rispettate (**Figura 2**).

In **Figura 3** sono riportati i dati relativi alle tempistiche di consegna dei vaccini antinfluenzali stratificate per ASL di appartenenza. Prendendo ad esempio la ASL Roma 1, appare evidente disomogeneità di ricezione delle dosi all'interno di una singola ASL e persino all'interno dello stesso distretto, dove infatti non tutti i colleghi hanno ricevuto i vaccini con la stessa tempistica. (**Figura 4**)

Il 44% (n=50) dei MMG non ha aderito alla campagna vaccinale anti COVID. Dei rimanenti, il 15% (n=17) ha ricevuto contemporaneamente vaccini anti-COVID ed antiinfluenzali, mentre il 41% (n=46) è ancora in attesa del vaccino anti-COVID (**Figura 5**)

Il 49% (n=56) dei MMG non ha ricevuto dosi di vaccino anti-pneumococco (o non le ha richieste), il 10% (n=11) ha ricevuto solo una parte dei vaccini richiesti ed il 41% (n=46) ha ricevuto le dosi correttamente. (**Figura 6**)

DISCUSSIONE

Il Tempismo nella Consegna dei Vaccini

La disponibilità precoce di vaccini consente una più efficace pianificazione delle somministrazioni alla popolazione, con particolare attenzione ai pazienti più vul-

Tabella 1 - Questionario inviato online ai MMG della regione Lazio

In che ASL e distretto lavori?	RM 1 D1
	RM 1 D2
	RM 1 D3
	RM 1 D13
	RM 1 D14
	RM 1 D15
	RM 2 D4
	RM 2 D5
	RM 2 D6
	RM 2 D7
	RM 2 D8
	RM 3 D9
	RM 3 D10
	RM 3 D11
	RM 3 D12
	RM 3 Fiumicino
	RM 4
	RM 5
	RM 6
	LATINA
	FROSINONE
	VITERBO
	RIETI
Hai ricevuto i vaccini antinfluenzali?	Non ancora
	Si inizio ottobre (andati a prendere)
	Si, inizio ottobre (ricevuti in studio o UCP)
	Sì, ma in ritardo rispetto al previsto (ricevuti in studio o UCP)
Hai ricevuto i vaccini anti-COVID?	No, non aderisco alla campagna
	Sì insieme agli antinfluenzali
	Non ancora
Hai ricevuto i vaccini anti-pneumococco?	Si
	Solo una parte
	No
	Non ho fatto richiesta

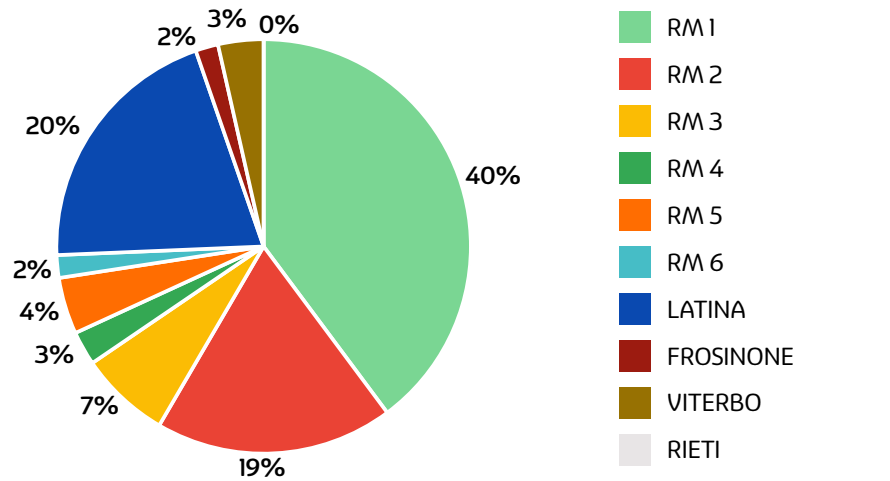


Figura 1 - MMG (n=113) che hanno aderito all'iniziativa nel Lazio (distribuzione per ASL)

nerabili. La consegna delle dosi oltre il termine consigliato può ritardare l'inizio delle attività vaccinatorie, con il conseguente rischio di compromettere l'efficacia del vaccino e di ridurre la copertura vaccinale[9].
Nell'ambito della campagna vaccinale 2024-25 della regione Lazio, i dati raccolti evidenziano ritardi nella fornitura delle dosi di vaccino. A partire dall'inizio di ottobre, periodo cruciale per la pianificazione e l'attuazione di strategie vaccinali efficaci, si è registrato un numero di consegne inferiore alle aspettative. Sono state inoltre messe in luce le disomogeneità di consegna/ritiro dei vaccini all'interno delle varie ASL.

Tali dati, seppur con ridotta numerosità campionaria, evidenziano come anche all'interno dello stesso distretto alcuni medici abbiano ricevuto i vaccini con tempistiche diverse. Questo ultimo elemento sottolinea come sia cruciale, oltre alla distribuzione delle dosi, anche le modalità e le tempistiche di prenotazione degli stessi da parte dei MMG. Riguardo i vaccini antinfluenzali, sono state segnalate consegne parziali di alcune specialità vaccinali, con dosi ridotte o assenti del vaccino quadrivalente ad alto dosaggio dedicato ai pazienti ad alto rischio istituzionalizzati o vaccinati a domicilio e del vaccino quadrivalente prodotto su colture cellulari, raccomandato nei pazienti tra i 7 e i 64 anni con condizioni patologiche.

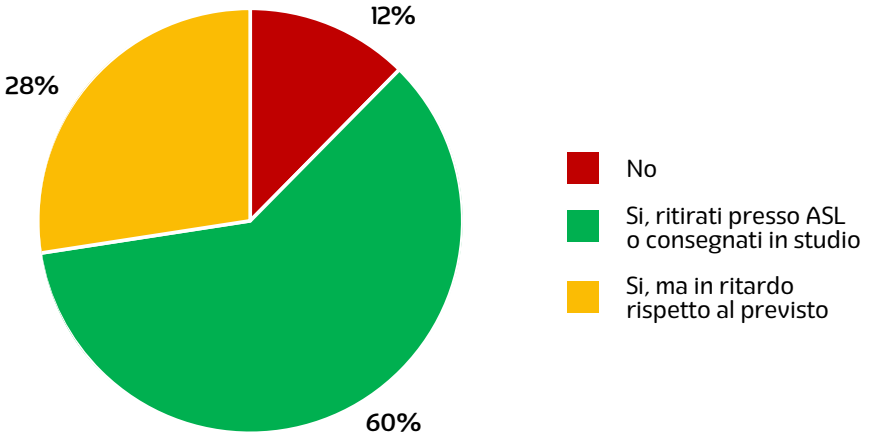


Figura 2 - Risposta dei medici alla domanda "Hai ricevuto i vaccini antinfluenzali?". La consegna in studio comprende anche la ricezione dei vaccini presso le UCP (Unità Cure Primarie)

La co-somministrazione: Opportunità e Sfide

Un tema di crescente interesse è la co-somministrazione, pratica medica particolarmente rilevante in contesti in cui il carico vaccinale è elevato, come durante la stagione autunnale. È dimostrato che la co-somministrazione del vaccino antinfluenzale, del vaccino anti-COVID-19 e del vaccino anti-pneumococco è sicura ed efficace. In particolare, non sono state osservate interazioni negative e gli eventi avversi segnalati sono risultati paragonabili a quelli osservati con la somministrazione separata[10, 12].

Questo approccio può contribuire a migliorare l'adesione vaccinale, riducendo la necessità di accessi multipli presso gli ambulatori o soprattutto a domicilio dei pazienti non deambulanti, e minimizzando il rischio di ritardi nella somministrazione.
Tuttavia, potrebbero sorgere alcune difficoltà nella gestione della comunicazione con i pazienti, i quali a volte nutrono preoccupazioni riguardo alla possibilità di ricevere più vaccini contemporaneamente[13, 14].
È dunque essenziale diffondere informazioni chiare e basate sull'evidenza, rassicurando i pazienti sulla sicurezza e l'efficacia di questa pratica, in coerenza con le campagne di sensibilizzazione promosse dalle istituzioni.

Tra le criticità emerse dal questionario, appare evidente che quasi la metà degli MMG intervistati non aderiscono alla campagna di vaccinazione anti-Covid, probabilmente per le problematiche legate alla logistica di approvvigionamento, alle modalità di somministrazione e alla conservazione dei vaccini stessi. La richiesta di vaccini anti-pneumococco non è stata inoltrata da tutti gli MMG intervistati. Tuttavia, va considerato che questo vaccino può essere somministrato durante tutto l'anno e che i pazienti già vaccinati negli anni passati, avendo completato il ciclo vaccinale, non hanno necessità di un nuovo richiamo.

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale

I MMG, in qualità di figure di riferimento per la popolazione, non solo si occupano della somministrazione dei vaccini, ma hanno anche il compito di educare i pazienti all'importanza della vaccinazione e di contrastare la disinformazione. La

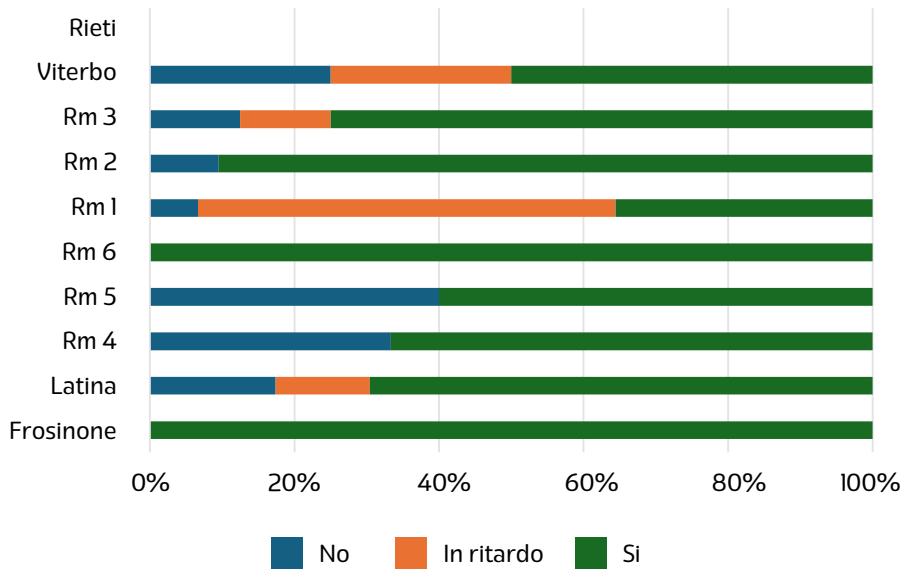


Figura 3 - MMG (n=113) che hanno aderito all'iniziativa nel Lazio (distribuzione per ASL)

fiducia verso il proprio medico curante è un fattore determinante nell'adesione vaccinale e una comunicazione personalizzata può aumentare significativamente la copertura.
Lo studio, in veste di report, presenta evidenti limitazioni, dovute alla metodica ed alla variabilità delle tempistiche, per cui è stato difficile fornire una fotografia più accurata dell'andamento della campagna vaccinale. Comunque si evidenzia in casi non infrequenti un disallineamento delle consegne ed una conseguente minor performance dei MMG.

CONCLUSIONI

La campagna vaccinale stagionale rappresenta una sfida complessa che richiede una pianificazione accurata e il coinvolgimento attivo dei MMG. Il tempismo nella consegna dei vaccini è un fattore determinante per il successo della campagna mentre la co-somministrazione offre un'opportunità per aumentare l'adesione dei pazienti.
I ritardi di distribuzione registrati nel Lazio, evidenziati dai dati raccolti, mettono in luce un fattore in grado di compromettere la buona riuscita della campagna vaccinale in termini di corretto tempismo e di adesioni. Il ritardo di una sola settimana, può tradursi in uno slittamento dell'inizio delle somministrazioni con conseguenti ripercussioni sull'efficienza di tutta la campagna vaccinale.
La combinazione di una puntuale fornitura dei vaccini, una comunicazione chiara e una logistica semplificata può migliorare significativamente i risultati in termini di salute pubblica. I MMG svolgono un ruolo cruciale in questo processo, rendendo più accessibile e sicura la vaccinazione per tutta la popolazione.

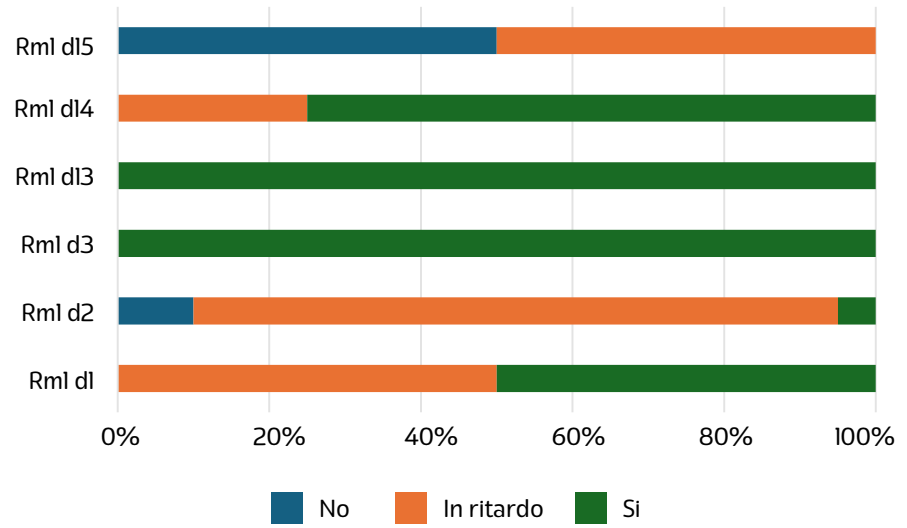


Figura 4 - Esempio di disomogeneità territoriale: consegne di vaccino antiinfluenzale (% del totale) relative ai vari distretti della ASL Roma 1

Bibliografia

1. *Al-Jabri M, et al. Vaccine-preventable diseases in older adults. Infect Dis Clin North Am 2023;37:103-21.*
2. *Poscia A, et al. The sustainability of influenza vaccination programs: considerations and perspectives from Italy. J Prev Med Hyg 2016;57:E9-E12.*
3. *Lapi F, et al. Time lapses between distribution of influenza vaccines to health authorities and their administration by General Practitioners (GPs) to older adults: a retrospective study over five influenza seasons in Italy. Expert Rev Vaccines 2024;23:8-15.*
4. *ALLEGATO A "Prevenzione e controllo dell'influenza. Campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2024-25" https://www.vaccinarsinlazio.org/assets/uploads/files/270/allegato-a-protocollo-antiflu-20242025.pdf*
5. *ALLEGATO B 1 Programma di vaccinazione con vaccino anti-pneumococcico Nota operativa aggiornata Introduzione. Conferme e novità per la stagione 2024-25 https://www.vaccinarsinlazio.org/assets/uploads/files/270/allegato-b-nota-operativa-antipneumo-20242025.pdf*
6. *Wilkinson E, et al. Primary care's historic role in vaccination and potential role in COVID-19 immunization programs. Ann Fam Med 2021;19:351-55.*
7. *Harnden A, et al. COVID-19 vaccination programme: a central role for primary care. Br J Gen Pract 2021;71:52-3.*

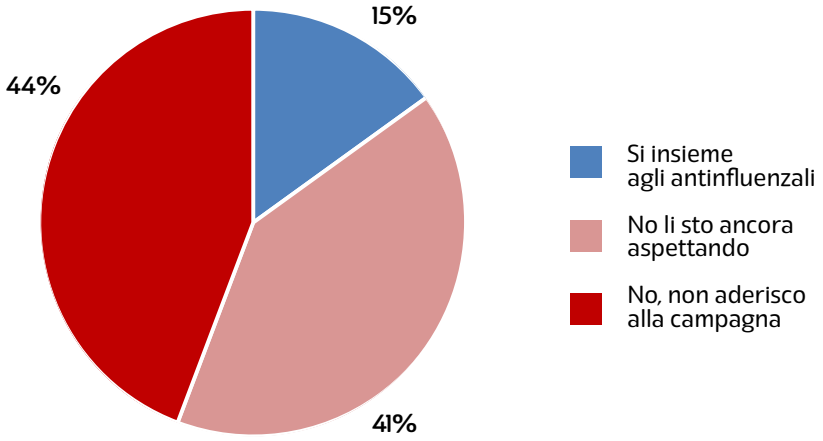


Figura 5 - Risposta dei medici alla domanda "Hai ricevuto i vaccini anti-Covid?"

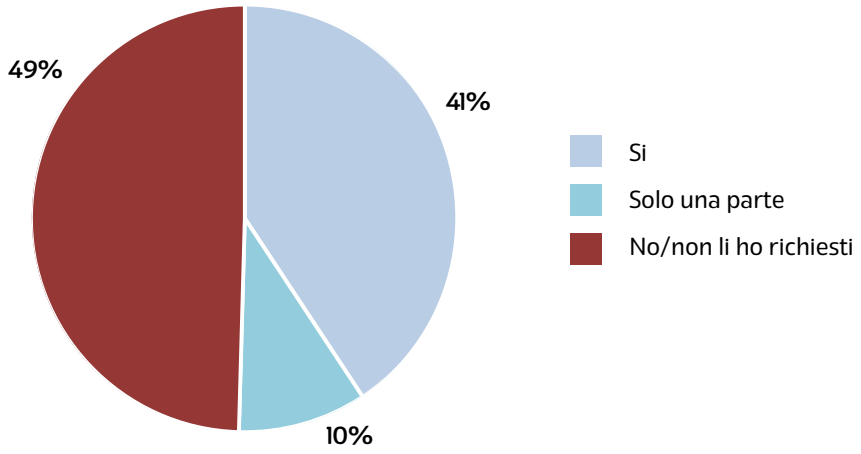


Figura 6 - Risposta dei medici alla domanda "Hai ricevuto i vaccini anti-pneumococco?"

8. *Ministero della Salute DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE SANITARIE Ex-DIRE ZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA Ufficio 5 - Prevenzione malattie trasmissibili e profilassi internazionale OGGETTO: indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2024/2025 anti COVID-19. https://www.ordinemediciroma.it/download/oggetto_comunicati_stampa/304/242618273800__0circolare-vaccinazioni.pdf*
9. *Cox N. Influenza seasonality: timing and formulation of vaccines. Bull World Health Organ 2014;92:311.*
10. *Bonanni P, et al. Vaccine co-administration in adults: an effective way to improve vaccination coverage. Hum Vaccin Immunother 2023;19:2195786.*
11. *Domnich A, et al. Exploring missed opportunities for influenza vaccination and influenza vaccine co-administration patterns among Italian older adults: a retrospective cohort study. Eur J Public Health 2023;33:1183-7.*
12. *Domnich A, et al. COVID-19 and Seasonal Influenza Vaccination: Cross-Protection, Co-Administration, Combination Vaccines, and Hesitancy. Pharmaceuticals 2022;15:322.*
13. *Domnich A, et al. Acceptance of COVID-19 and Influenza Vaccine Co-Administration: Insights from a Representative Italian Survey. J Pers Med 2022;12:139.*
14. *Prieto-Campo Á, et al. Understanding Primary Care Physician Vaccination Behaviour: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2022;19:13872.*

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

SIMGLab
SIMULATION LABORATORY

Laboratorio permanente
di didattica medica con
strumenti di simulazione

SIMGLab nasce
dalla collaborazione tra due
Società sinergiche nell'intento di
produrre formazione medica permanente
con strumenti didattici di ultima generazione
nel campo dell'apprendimento attivo.

Via Del Sansovino 179
50142 Firenze
055 700027 - 055 7399199
info@simglab.it - www.simglab.it

UN PROGETTO IN COLLABORAZIONE CON

SIMGALTAFORMAZIONE

VITS
VIRTUAL TRAINING SUPPORT

ORIGINAL ARTICLE

Medicina Generale e corso di laurea in Medicina e Chirurgia: analisi di un sondaggio tra studenti dell'Università di Trieste

General Medicine and degree course in Medicine and Surgery: analysis of a survey among students of the University of Trieste

Luca Maschietto
SIMG Segretario regione Friuli Venezia Giulia

ABSTRACT La Medicina Generale rappresenta un pilastro fondamentale del sistema sanitario, ma la sua attrattività tra i futuri medici sembra essere in declino. Questo studio analizza i risultati di un sondaggio somministrato agli studenti del quarto, quinto e sesto anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste, con l'obiettivo di comprendere le loro conoscenze, aspettative e opinioni sulla Medicina Generale. I risultati indicano un generale basso interesse per la professione del generalista, attribuibile a fattori come burocrazia, carico di lavoro e percezione di scarso riconoscimento. Emergono inoltre suggerimenti per migliorare l'insegnamento della disciplina e renderla più attrattiva per le nuove generazioni di medici.

General Medicine is a fundamental pillar of the health system, but its attractiveness among future doctors seems to be declining. This study analyses the results of a survey administered to fourth-, fifth- and sixth-year students of the Degree Course in Medicine and Surgery at the University of Trieste, with the aim of understanding their knowledge, expectations and opinions on General Medicine. The results indicate a general low interest in the generalist profession, attributable to factors such as bureaucracy, workload and perceived lack of recognition. Suggestions also emerge to improve the teaching of the discipline and make it more attractive for the new generations of doctors.

Parole chiave/Key words: burocrazia, formazione medica, tirocinio clinico.

Conflitto di interessi
L' Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Medicina Generale e corso di laurea in Medicina e Chirurgia: analisi di un sondaggio tra studenti dell'Università di Trieste
Rivista SIMG 2025; 32 (02):32-35.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

INTRODUZIONE

La Medicina Generale svolge un ruolo cruciale nella gestione della salute pubblica, fornendo cure primarie e continuità assistenziale ai pazienti.
Tuttavia, negli ultimi anni, si è assistito a una diminuzione dell'interesse verso questa attività clinica tra i giovani medici, con un crescente orientamento verso specializzazioni ospedaliere.
Questo studio mira a esplorare la percezione degli studenti di medicina sulla Medicina Generale, indagando sui principali fattori che influenzano la loro scelta di carriera e valutando il ruolo dell'insegnamento universitario nella formazione della loro opinione.

METODI

Nel mese di ottobre 2024, è stato somministrato un questionario (**Tabella 1**) in forma anonima online agli studenti del quarto, quinto e sesto anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste. Hanno risposto al questionario n. 245 studenti su un totale di n. 450 a cui era stato inviato. Il questionario era composto da 14 domande di cui due a risposta libera e 12 a risposta chiusa con più possibili risposte.
Il questionario è stato costruito dall'autore e somministrato online attraverso la piattaforma Google Moduli con la quale è stata anche svolta l'analisi delle risposte.
Il sondaggio ha esplorato il livello di conoscenza sulla Medicina Generale, l'attrattività della professione, i fattori determinanti nella scelta della specializzazione, l'influenza del burnout percepito, gli aspetti positivi della professione e l'efficacia dell'insegnamento della disciplina.

RISULTATI

Conoscenza della Medicina Generale

Solo una minoranza degli studenti si dichiara molto informata sul ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG), mentre la maggioranza ha una conoscenza parziale o scarsa. (**Figura 1**)

Tabella 1 - Questionario somministrato online agli studenti

1 ▪ Qual è il tuo anno di studi in medicina?	**a.** Quarto anno **b.** Quinto anno **c.** Sesto anno	
2 ▪ Quanto sei a conoscenza del ruolo del medico di medicina generale?	**a.** Molto informato **b.** Abbastanza informato	**c.** Poco informato **d.** Per niente informato
3 ▪ Quanto ti attrae la professione di medico di medicina generale?	**a.** Molto **b.** Abbastanza	**c.** Poco **d.** Per niente
4 ▪ Quali fattori ritieni siano più rilevanti nella tua scelta di specializzazione? (Seleziona fino a 3 opzioni)	**a.** Compenso economico **b.** Condizioni di lavoro **c.** Interessi personali	**d.** Opportunità di carriera **e.** Riconoscimento sociale **f.** Formazione continua **g.** Carriera accademica
5 ▪ Hai mai considerato l'idea di diventare medico di medicina generale?	**a.** Sì **b.** No	
6 ▪ Se hai risposto "No" alla domanda precedente, quali sono le ragioni principali? (Seleziona fino a 3 opzioni)	**a.** Burocrazia e buone pratiche **b.** Compenso insoddisfacente **c.** Carico di lavoro eccessivo **d.** Maggiore attrattiva di altre specializzazioni	**e.** Mancanza di supporto e risorse **f.** Mancato insegnamento della materia nel corso di studi **g.** Altro (specificare)
7 ▪ Quanto influisce la percezione del burnout tra i medici di medicina generale sulla tua scelta?	**a.** Molto **b.** Abbastanza	**c.** Poco **d.** Per niente
8 ▪ Ci sono aspetti della professione di medicina generale che consideri positivi? (Seleziona fino a 3 opzioni)	**a.** Relazione con i pazienti **b.** Importanza del ruolo **c.** Varietà di casi clinici	**d.** Opportunità di lavoro locale **e.** Flessibilità lavorativa
9 ▪ Ritieni che ci siano sufficienti incentivi per attrarre i giovani medici verso la medicina generale?	**a.** Sì **b.** No **c.** Non so	
10 ▪ Hai suggerimenti o commenti aggiuntivi su come migliorare l'attrattiva della professione di medico di medicina generale?	(Spazio per la risposta aperta)	
11 ▪ Quanto ritieni efficace l'insegnamento attuale della medicina generale nel corso di laurea?	**a.** Molto efficace **b.** Abbastanza efficace **c.** Poco efficace **d.** Per niente efficace	
12 ▪ Quali metodi didattici ritieni più utili per l'insegnamento della medicina generale? (Seleziona fino a 3 opzioni)	**a.** Lezioni frontali **b.** Casi clinici e discussioni **c.** Simulazioni e role-playing	**d.** Apprendimento pratico in ambito clinico **e.** E-learning e risorse online
13 ▪ Cosa vorresti fosse introdotto o migliorato nell'insegnamento della medicina generale? (Seleziona fino a 2 opzioni)	**a.** Maggiore integrazione di pratiche cliniche **b.** Esercitazioni pratiche con pazienti **c.** Maggiore focus su aspetti relazionali e comunicativi	**d.** Formazione su temi di attualità e gestione del sistema sanitario **e.** Insegnamento medicina del dolore **f.** Altro (specificare)
14 ▪ Hai ulteriori suggerimenti o commenti su come migliorare l'insegnamento della medicina generale?	(Spazio per la risposta aperta)	

Attrattività della professione
La Medicina Generale risulta poco attrattiva per la maggior parte degli studenti, principalmente a causa di fattori quali eccessivo carico di lavoro, burocrazia e scarsa retribuzione.

Fattori determinanti nella scelta della specializzazione
Gli studenti indicano come prioritari gli interessi personali, le opportunità di carriera e le condizioni di lavoro, mentre il riconoscimento sociale e il compenso economico giocano un ruolo secondario. (**Figura 2**)

Percezione del burnout
Il 70% degli studenti ritiene che la percezione del burnout tra i MMG influisca negativamente sulla scelta della specializzazione.

Aspetti positivi della professione
Tra gli elementi positivi della Medicina Generale emergono la relazione con i pazienti, la varietà dei casi clinici e la flessibilità lavorativa.

Suggerimenti per migliorare l'attrattività
Numerosi studenti suggeriscono di migliorare le condizioni lavorative, ridurre il carico burocratico, aumentare le retribuzioni e inserire maggiori esperienze pratiche già nei primi anni del corso di studi.

Efficacia dell'insegnamento
La maggioranza ritiene che l'insegnamento della Medicina Generale sia poco efficace, suggerendo l'introduzione di più tirocini, lezioni pratiche e simulazioni cliniche. (**Figura 3**)

DISCUSSIONE

I dati raccolti evidenziano un disallineamento tra la percezione della Medicina Generale e il suo ruolo centrale nel sistema sanitario. La bassa attrattività della professione tra gli studenti può essere attribuita a fattori strutturali e organizzativi che ne influenzano la reputazione.
Tuttavia, il riconoscimento del valore della relazione medico-paziente e della varietà clinica suggerisce che un miglioramento delle condizioni lavorative e un'educazione più mirata potrebbero incrementare l'interesse verso questa specializzazione.

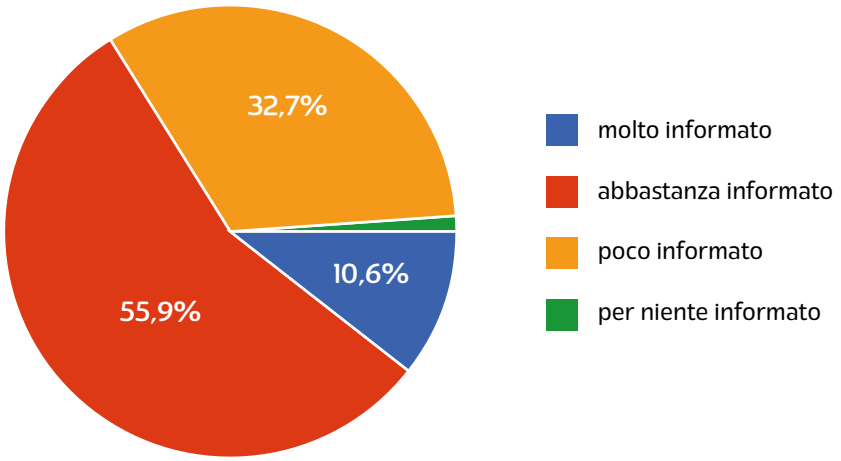


Figura 1 - Risposte (n.245) alla domanda "Quanto sei a conoscenza del ruolo del MMG?"

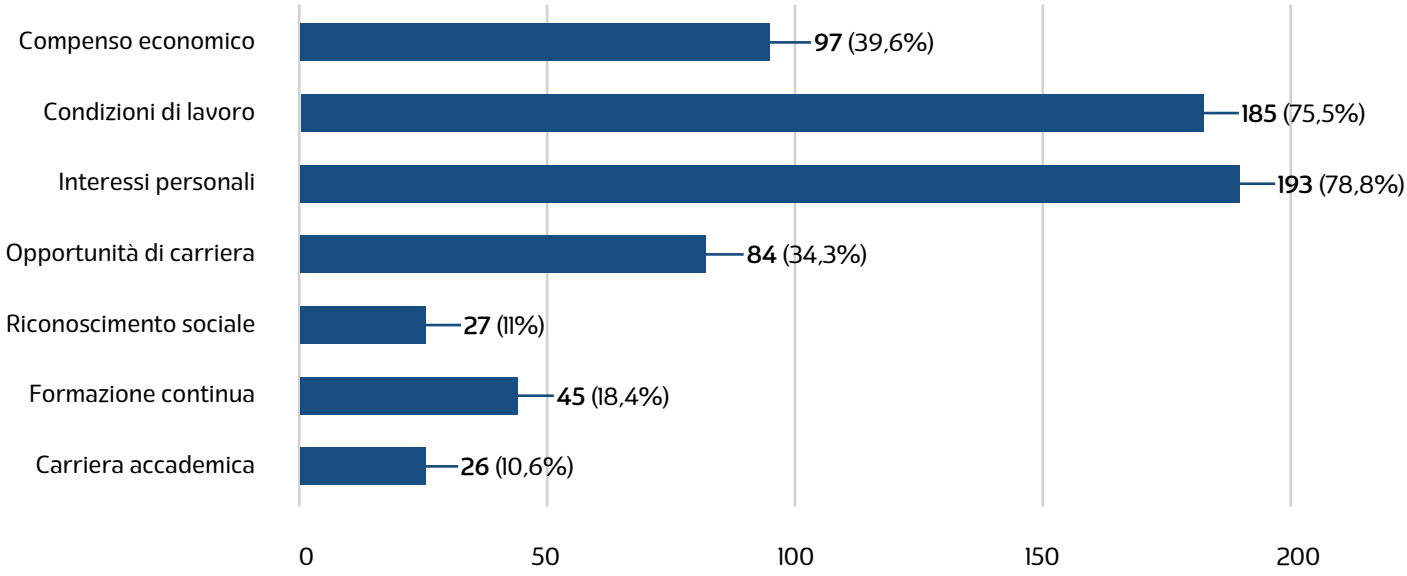


Figura 2 - Risposte (n.245) alla domanda "Quali fattori ritieni siano più rilevanti nella tua scelta di specializzazione"

CONCLUSIONI

Per rendere la Medicina Generale una scelta più attrattiva per i giovani medici, è necessario intervenire su diversi livelli: riformare il percorso formativo, aumentare il numero di tirocini pratici, migliorare le condizioni lavorative e ridurre la burocrazia. L'Università ha un ruolo chiave nel fornire agli studenti una visione più accurata e stimolante della professione, contribuendo così a garantire un futuro solido per la Medicina Generale nel nostro sistema sanitario.

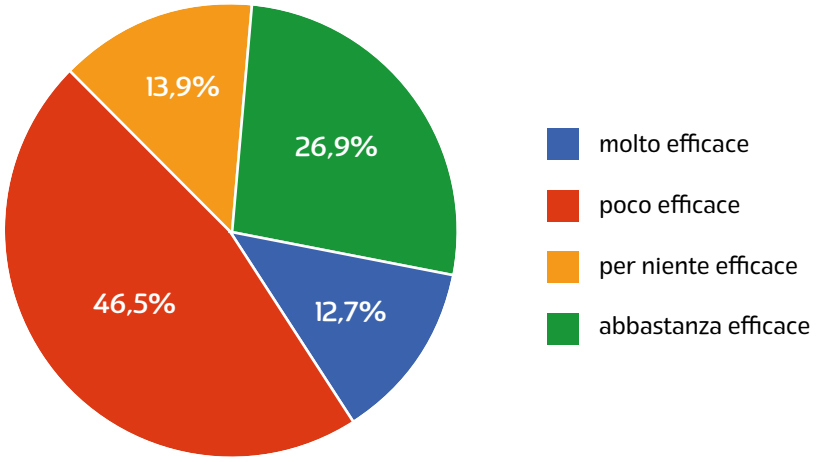


Figura 3 - Risposte (n.245) alla domanda "Quanto ritieni efficace l'insegnamento attuale della medicina generale nel corso di laurea?"

Approccio integrato alla diagnosi precoce e gestione della MASLD: importanza della collaborazione tra Medicina Generale e Specialisti

Integrated approach to the early diagnosis and management of MASLD: the importance of collaboration between General Practitioners and Specialists

Davide Peccarisi[1], Emanuela Ciracì[2], Valeria Rollo[2]
[1]SIMG Brindisi, [2]U.O. Medicina Interna, Ambulatorio Epatologia, Ospedale di Ostuni (BR)

ABSTRACT Le malattie epatiche costituiscono una delle principali sfide per la salute globale, emergendo come una delle principali cause di patologie croniche a livello mondiale. Secondo i dati dell'*European Association for the Study of the Liver*, nonostante i progressi significativi nella ricerca e nella cura delle epatiti virali croniche, si registra ad oggi, un preoccupante aumento delle malattie epatiche correlate al consumo di alcol e alle disfunzioni metaboliche. Questo incremento riflette il trend epidemico dell'obesità e del diabete, evidenziando la necessità di intensificare l'attività di prevenzione e gestione di queste patologie emergenti.
Secondo la *World Obesity Federation*, un terzo della popolazione adulta globale è sovrappeso o obesa. Di questi pazienti la metà presenta "malattia del fegato steatosico associata a disfunzione metabolica" (MASLD), quadro complesso che combina alterazioni metaboliche con la steatosi epatica. L'Assistenza Primaria e la Medicina Generale giocano un ruolo cruciale nella diagnosi precoce e nella cura ottimale delle malattie croniche. Per fornire un'assistenza efficace e di alta qualità, è fondamentale cercare di attuare atteggiamenti favorevoli verso una riforma del sistema, integrare nuove conoscenze, incentivare l'utilizzo di strumenti come l'ecografia e la promozione di relazioni interattive tra pazienti e team multispecialistici e multidisciplinari. In questa prospettiva, presentiamo uno studio condotto nell'ambito di un ambulatorio di Medicina Generale, finalizzato alla diagnosi precoce e alla gestione della MASLD, con l'obiettivo di proporre un modello pratico e innovativo per affrontare questa crescente sfida clinica.

Liver diseases represent one of the major global health challenges, emerging as a leading cause of chronic conditions worldwide. According to the European Association for the Study of the Liver, despite significant progress in research and treatment of chronic viral hepatitis, there is currently a concerning increase in liver diseases related to alcohol consumption and metabolic dysfunctions. This trend reflects the epidemic rise in obesity and diabetes, highlighting the urgent need to intensify prevention and management efforts for these emerging conditions.
According to the World Obesity Federation, one-third of the global adult population is overweight or obese. Among them, half present with Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease (MASLD), a complex interplay of metabolic alterations and hepatic steatosis. Primary Care and General Practice play a crucial role in the early diagnosis and optimal management of chronic diseases. To provide effective and high-quality care, it is essential to foster system-wide changes, integrate new knowledge, encourage the use of tools such as ultrasound, and promote interactive relationships between patients and multidisciplinary specialist teams. From this perspective, we conducted a study in a General Practice setting, aimed at the early diagnosis and management of MASLD. The objective is to propose a practical and innovative model to address this growing clinical challenge.

Parole chiave/Key words: MASLD, sindrome metabolica, steatosi epatica.

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Approccio integrato alla diagnosi precoce e gestione della MASLD: importanza della collaborazione tra Medicina Generale e Specialisti
Rivista SIMG 2025; 32 (02):36-41.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

INTRODUZIONE

Nell'estate del 2023, una consensus internazionale di 236 specialisti provenienti da 56 paesi ha ridefinito la nomenclatura delle malattie epatiche steatosiche[1,2]. La denominazione NAFLD è stata sostituita con "Malattia Epatica Steatosica Associata a Disfunzione Metabolica" (MASLD).
I termini "non alcolico" e "grasso" sono stati rivisti: il primo, considerato poco preciso per un'adeguata classificazione eziologica, e il secondo, giudicato stigmatizzante per i pazienti[2,3]. La nuova definizione introduce il termine "malattia epatica steatosica" come categoria generale, in grado di includere le diverse eziologie della steatosi epatica, specificando, in questo caso, l'associazione con una disfunzione metabolica[3]. Contestualmente, è stata introdotta una nuova categoria denominata "Malattia Epatica Metabolica Associata all'Alcol" (MetALD), applicabile ai pazienti con steatosi epatica legata a disfunzione metabolica che consumano quantità significative di alcol[4]. Tuttavia, il consumo di alcol in questi pazienti non raggiunge i livelli per una diagnosi di

"steatosi alcolica" pura. Infine, i pazienti che non presentano parametri metabolici né altre cause note di malattia epatica sono stati classificati come affetti da "Malattia Epatica Steatosica Criptogenetica"[4]. (**Figura 1**)

La steatosi epatica è definita come una condizione caratterizzata dall'accumulo anomalo di grasso, principalmente sotto forma di trigliceridi, all'interno degli epatociti[5]. I criteri diagnostici stabiliscono che si parla di steatosi epatica quando il tessuto adiposo rappresenta almeno il 5% del peso totale del fegato o coinvolge almeno il 5% degli epatociti, confermato mediante tecniche di imaging o attraverso biopsia epatica[5,6]. Per la diagnosi di Sindrome Metabolica è invece necessario che siano presenti contemporaneamente almeno tre dei seguenti fattori di rischio: accumulo di grasso addominale, glicemia plasmatica a digiuno elevata, ipertensione arteriosa, livelli elevati di trigliceridi e bassi livelli di lipoproteine ad alta densità (HDL)6. Per definire una condizione di MASLD è indispensabile rilevare la presenza di steatosi epatica associata ad almeno uno dei criteri diagnostici della Sindrome Metabolica (**Figura 2**)[7].

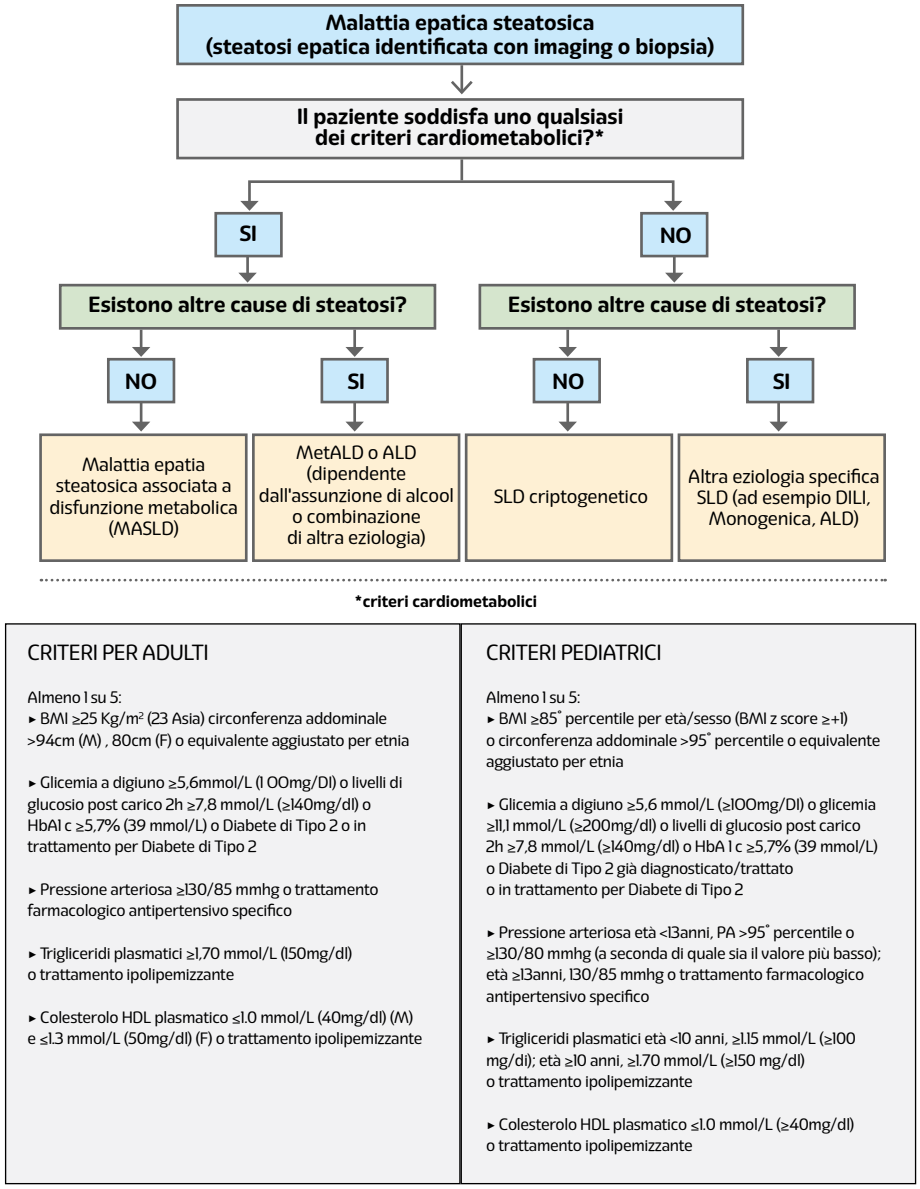


Figura 1 - Criteri diagnostici della MASLD. Adattata da[2]

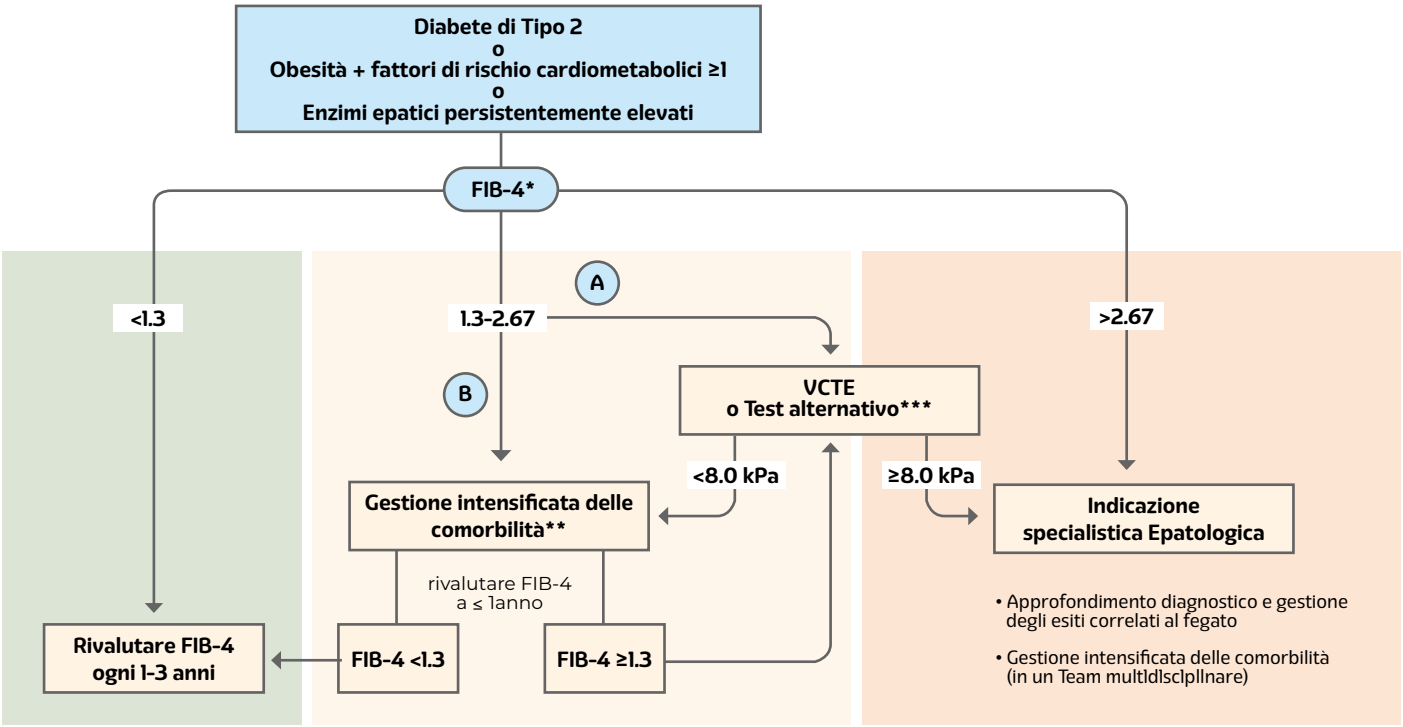
Tra questi, il diabete di tipo 2 e l'obesità sono le condizioni metaboliche che esercitano il maggiore impatto sulla storia naturale della MASLD[7,8].

Nei pazienti adulti con MASLD, la diagnosi di fibrosi epatica dovrebbe basarsi su metodi non invasivi che combinano esami del sangue e tecniche di imaging, più accurate dei tradizionali test enzimatici epatici. Le linee guida raccomandano il punteggio FIB-4 come primo strumento di screening, grazie al suo alto valore predittivo negativo. In caso di risultati incerti o alto rischio, si procede con imaging avanzato, come ecografia, elastografia e FibroScan, per una valutazione più accurata della fibrosi[9].

La MASLD è spesso antecedente allo sviluppo di fattori di rischio cardiometabolico, in particolare il diabete di tipo 2, e la coesistenza di molteplici fattori di rischio amplifica l'entità della epatopatia[10]. Per quanto riguarda il rischio oncologico, sebbene nella popolazione generale la MASLD non sia associata a un incremento della mortalità complessiva per neoplasie, è chiaramente correlata a un rischio più elevato di carcinoma epatocellulare (HCC) e a specifici tumori extraepatici, con una maggiore incidenza di quelli della tiroide e del tratto gastrointestinale[11].

L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'impatto sulla diagnosi precoce e sugli esiti terapeutici a lungo termine di pazienti affetti da MASLD, attraverso l'utilizzo nell'ambito delle Cure Primarie, di un approccio semplice e standardizzato, integrato ad una stretta collaborazione tra MMG e Specialista Ospedaliero.

In presenza di steatosi epatica, l'identificazione di almeno un fattore di rischio cardiometabolico (CMRF) conferma la diagnosi di MASLD, a condizione che non vi siano altre cause di steatosi epatica. Se vengono individuati ulteriori fattori eziologici di steatosi, la condizione è compatibile con un'eziologia combinata. Nel caso dell'alcol, la diagnosi può rientrare nella MetALD (malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica e alcol) o nell'ALD (malattia epatica alcol-correlata), a seconda dell'entità del consumo alcolico. In assenza di criteri cardiometabolici evidenti, è necessario escludere altre eziologie. Se nessuna causa alternativa viene identificata, si parla di SLD criptogenetica. Tuttavia, in base al giudizio clinico, la condizione potrebbe essere considerata possibile MASLD, rendendo utile una rivalutazione periodica caso per



*soglie FIB-4 valide per età pari a 65 anni (per età > 65 anni: il limite inferiore FIB-4 è 2.0)
**e.g. Intervento sullo stile di vita, trattamento delle comorbilità (ad esempio GLPIRA), procedure bariatriche
***e.g. MRE, SWE, ELF, con soglie adattate
A e B sono opzioni che dipendono dalla storia medica, dal contesto clinico e dalle risorse locali

Figura 2 - Strategia proposta per la valutazione non invasiva del rischio di fibrosi avanzata e di esiti epatici nei soggetti con fattori di rischio metabolico o segni di malattia epatica steatosica (SLD). Adattata da[3]

caso. In presenza di fibrosi avanzata o cirrosi, la steatosi potrebbe non essere più rilevabile. In questi casi, il giudizio clinico deve basarsi sulla presenza di CMRF e sull'esclusione di altre eziologie.

Abbreviazioni
ALD: Malattia epatica alcol-correlata, **BMI:** Indice di massa corporea, **BP:** Pressione arteriosa, **CMRF:** Fattori di rischio cardiometabolico, **DILI:** Malattia epatica indotta da farmaci, **MetALD:** Malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica e alcol, **SLD:** Malattia epatica steatosica, **WC:** Circonferenza vita.

Gli individui con (**A**) diabete mellito di tipo 2 (**T2D**), (**B**) obesità addominale associata a uno o più ulteriori fattori di rischio cardiometabolico, oppure (**C**) livelli persistentemente elevati di enzimi epatici, dovrebbero essere sottoposti a un processo diagnostico a più fasi, come illustrato nella figura, per identificare la presenza di MASLD e di fibrosi avanzata. L'algoritmo può essere applicato anche in caso di riscontro incidentale di steatosi. Questa strategia è finalizzata all'identificazione precoce dei soggetti a rischio di sviluppare complicanze epatiche.

Abbreviazioni:
ELF: Enhanced Liver Fibrosis, **FIB-4:** Fibrosis-4 Index, **GLP1RA:** Agonista del recettore del glucagon-like peptide-1, **MRE:** Elastografia a risonanza magnetica, **SLD:** Malattia epatica steatosica, **SWE:** Elastografia a onda di taglio, **VCTE:** Elastografia transiente controllata dalle vibrazioni.

MATERIALI E METODI

In riferimento alle tematiche affrontate, il presente studio, condotto tra settembre 2023 e luglio 2024, ha analizzato i casi di 32 pazienti selezionati e valutati presso un ambulatorio di Medicina Generale. L'approccio utilizzato si è basato su un algoritmo diagnostico semplificato, sviluppato nei seguenti step: anamnesi, esame clinico, score ematochimici, ecografia ed interrelazione con Specialisti.

L'algoritmo diagnostico utilizzato comprende:

STEP 1 Pazienti
Selezione dei pazienti candidabili ad un percorso di screening, che, in maniera concorde alle linee guida rappresentano principalmente:
1. Pazienti con sindrome metabolica o fattori di rischio metabolici,
2. Pazienti con diabete mellito di tipo 2 (DM2),
3. Pazienti con aumentati livelli di enzimi epatici senza cause evidenti,
4. Pazienti con malattie cardiovascolari (CVD) accertate,
5. Pazienti con condizioni associate a insulino-resistenza (ad esempio: Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS),

Apnea ostruttiva del sonno (OSA), Lipodistrofia, Sindromi genetiche associate all'obesità)

6. Storia familiare di MASLD o di patologie epatiche avanzate.

STEP 2 Valutazione clinica

La valutazione clinica si sviluppa nei seguenti punti:

A. <u>Anamnesi</u>

Rappresenta un momento cruciale per ottenere informazioni utili nella diagnosi e gestione delle patologie epatiche. In questo contesto è fondamentale esplorare i seguenti aspetti:

- Abitudini alimentari e storia familiare: *verificare eventuali predisposizioni genetiche a disordini metabolici, diabete mellito, obesità o steatosi epatica. E' importante indagare il consumo di alimenti ricchi di grassi, zuccheri, o la presenza di una dieta squilibrata.*
- Cause specifiche di patologie epatiche: *raccogliere dati sull'abuso di alcol e indagare sulla durata e quantità di assunzione di alcolici. Valutare eventuali episodi di esposizione a infezioni virali (HBV, HCV), vaccinazioni o trattamenti ricevuti in passato.*
- Patologie autoimmuni e comorbilità: *considerare la presenza di malattie autoimmuni (come epatite autoimmune, colangite sclerosante primaria o cirrosi biliare primitiva) e altre patologie associate con la sindrome metabolica.*

B. <u>Esame Clinico</u>

L'obiettivo della valutazione clinica è identificare segni che suggeriscano la presenza di patologie epatiche o sindrome metabolica. Tra i parametri principali da valutare:

- Pressione arteriosa (P.A.): *Fondamentale componente della sindrome metabolica.*
- Indice di massa corporea (BMI): *utile a classificare il paziente come normopeso, sovrappeso o obeso. Eventuali misure di circonferenza addominale possono ulteriormente indicare un accumulo di grasso viscerale.*
- Segni clinici associati alla patologia epatica: *ittero, edema, eritema palmare, angiomi stellati epatomegalia alla palpazione, che possono suggerire patologie epatiche avanzate.*

C. <u>Esami di laboratorio</u>

Gli esami ematochimici permettono di ottenere un quadro funzionale ed evidenziare eventuali alterazioni di funzionalità epatica. Da includere:

- Indici di funzionalità epatica: *AST, ALT, GGT, fosfatasi alcalina, albumina e bilirubina. Valutare eventuali disfunzioni epatiche o epatite in fase attiva.*

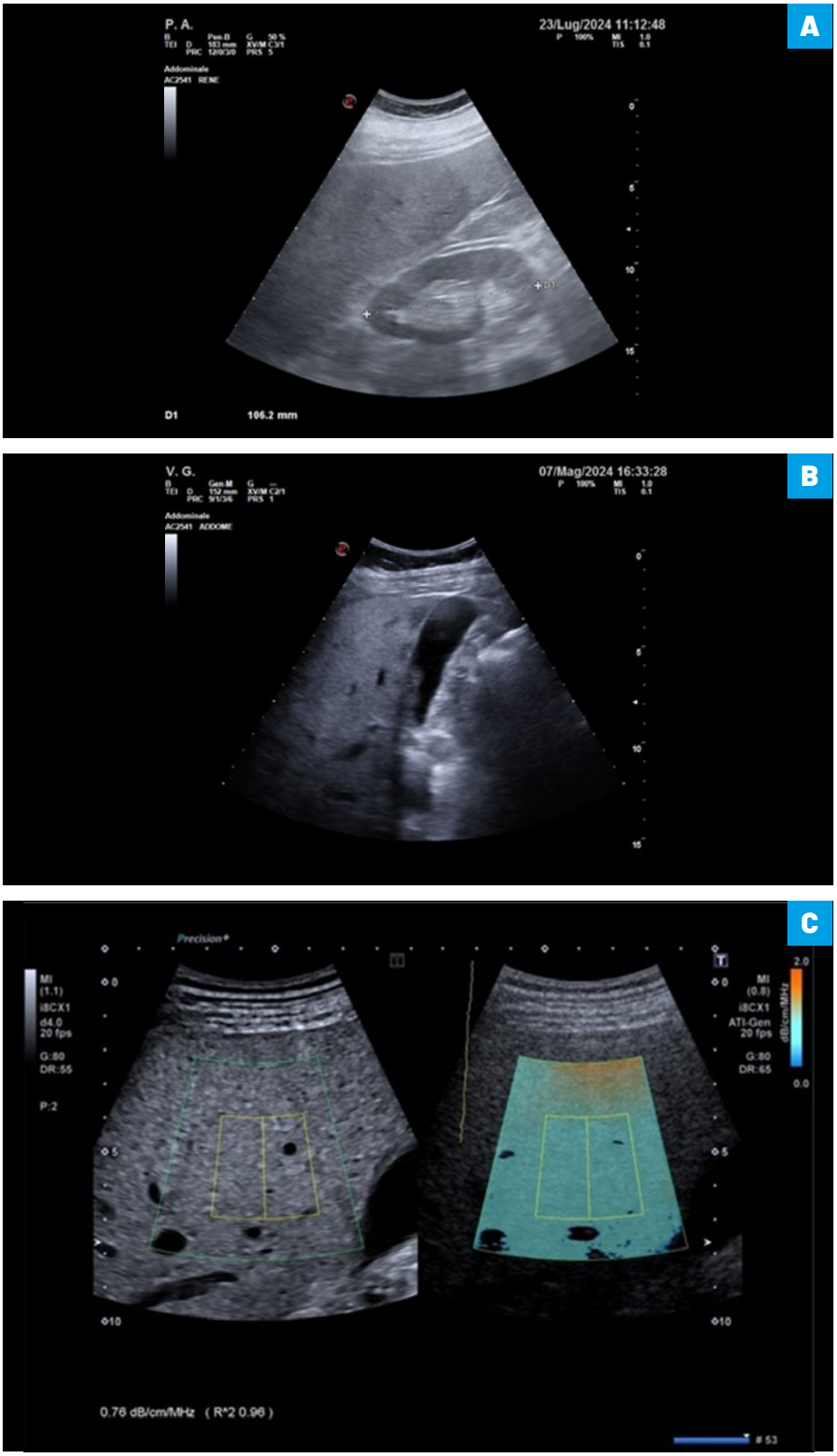


Figura 3 - A-B: scansioni addominali in cui si osserva l'iperecogenicità del parenchima epatico rispetto al tessuto renale, l'attenuazione del fascio ultrasonoro e la disomogeneità legata alla diversa distribuzione lipidica (Immagini personali Dr. Davide Peccarisi). C: Modello progressione della fibrosi epatica in elastosonografia (Adattata da [11])

- Pannello metabolico e coagulazione: *glicemia, insulina, colesterolo, trigliceridi e tempo di protrombina.*
- Score di valutazione epatica: *l'Index Liver Fibrosis 4 (FIB-4), basato su AST, ALT, piastrine ed età. È un metodo semplice e validato per stimare la fibrosi epatica. Un punteggio elevato (>1.3), richiede ulteriori approfondimenti diagnostici come il passaggio all'Elastografia o FibroScan.*

D. Ecografia

Rappresenta un esame di prima linea nella diagnosi della steatosi epatica. I principali criteri ecografici per definire un fegato steatosico includono:

- Aumento dell'ecogenicità epatica: *il parenchima appare più brillante rispetto al rene, a causa dell'accumulo di trigliceridi.*
- Attenuazione del fascio ultrasonoro: *riduzione della penetrazione del fascio ecografico.*
- Alterazioni vascolari: *riduzione della visualizzazione delle strutture vascolari intraepatiche.*
- Incremento delle dimensioni del fegato: *possibile presenza di epatomegalia.*

Questi criteri, associati al quadro clinico e laboratoristico, consentono una diagnosi accurata e la stratificazione del rischio per ogni paziente.

STEP 3 Valutazione specialistica

Stretta collaborazione con Centri Specialistici Epatologici nelle vicinanze dove inviare i pazienti con riscontro di una condizione di steatosi epatica moderata e severa per completare il percorso diagnostico tramite ulteriori approfondimenti come l'utilizzo di elastografia, FibroScan e, laddove necessario, biopsia epatica.

STEP 4 Follow-up sul territorio

Il percorso di gestione dei pazienti si è articolato in:

- Monitoraggio delle condizioni croniche: *follow-up dei pazienti con MASLD lieve o moderato-severo post-inquadramento specialistico.*
- Collaborazione tra Specialisti e Medico di Medicina Generale: *gestione condivisa per garantire un trattamento continuo e personalizzato.*

RISULTATI

I 32 pazienti inclusi nello studio sono stati classificati in base alla severità della steatosi epatica.

Di questi, 17 (53.1%) presentavano un grado lieve di steatosi epatica, caratterizzato da un aspetto ecografico compatibile con accumulo lipidico epatico iniziale e da uno score di rischio FIB-4 <1.3, indicativo di un basso rischio di fibrosi avanzata. Nei restanti 15 pazienti (46.9%), la steatosi epatica è risultata di grado superiore: 8 pazienti (25% del totale) presentavano una steatosi di grado moderato, mentre 7 pazienti (21.9% del totale) erano affetti da una steatosi di grado moderato-severo o severo, caratterizzata da segni ecografici di infiltrazione lipidica avanzata e da un FIB-4 >1.3, suggestivo di un possibile coinvolgimento fibrotico più significativo. Alla luce di questi risultati, tutti i 15 pazienti con steatosi di grado moderato o superiore sono stati indirizzati a una valutazione specialistica epatologica, finalizzata a una caratterizzazione più approfondita della patologia. L'approccio specialistico ha incluso metodiche diagnostiche avanzate, quali elastosonografia epatica, FibroScan e biopsia epatica, per determinare con maggiore precisione il grado di fibrosi e l'eventuale progressione della malattia epatica.

Tra questi 15 pazienti rivalutati in ambito specialistico, 4 soggetti (26.7%) hanno ricevuto una diagnosi di steatosi epatica meno severa rispetto a quanto inizialmente ipotizzato sulla base della valutazione ambulatoriale, evidenziando l'importanza di un percorso diagnostico integrato per evitare falsi positivi e stratificare adeguatamente il rischio di progressione della malattia.

Tutti i 32 pazienti diagnosticati con steatosi epatica e sospetta MASLD sono stati inseriti in un percorso strutturato di prevenzione e trattamento, con un monitoraggio continuo coordinato tra il MMG e Specialista Epatologo. Il follow-up prevede controlli periodici per la valutazione dell'evoluzione della patologia, l'ottimizzazione dello stile di vita e il trattamento di eventuali comorbilità metaboliche, garantendo così una gestione multidisciplinare e personalizzata della steatosi epatica.

CONCLUSIONI

La crescente comprensione della MASLD ha portato a una revisione della denominazione della malattia, contribuendo a una maggiore consapevolezza sia nella comunità medica che tra la popolazione generale. Attualmente, la MASLD rappresenta la causa più comune di malattia epatica cronica, oltre a essere un significativo fattore di morbilità e mortalità legate al fegato. Affrontare questa sfida di salute pubblica richiede il coinvolgimento attivo di tutte le parti interessate, considerando il forte legame tra MASLD, obesità e patologie correlate. È cruciale disporre di un percorso diagnostico e di riferimento ben strutturato, capace di identificare i pazienti con forme gravi di MASLD per un rapido accesso alle cure specialistiche, garantendo allo stesso tempo una gestione efficace dei casi meno

complessi nell'ambito delle cure primarie. Un approccio organizzato e condiviso può costituire una base fondamentale per rafforzare la collaborazione tra medicina generale e specialistica, tenendo conto delle risorse disponibili e delle specificità locali. Tuttavia, sono indispensabili ulteriori studi per ottimizzare le strategie di trattamento, prevenire la progressione della malattia e migliorare gli esiti clinici per i pazienti con diverse gravità di MASLD.
Le linee guida raccomandano lo screening nei pazienti a rischio per favorire una diagnosi precoce, prevenire complicanze e rallentare la progressione della malattia epatica.
È fondamentale un percorso diagnostico strutturato che indirizzi i casi gravi a cure specialistiche, mentre quelli lievi siano gestiti nella medicina territoriale. I pazienti con diabete di tipo 2, avendo un alto rischio di steatosi e fibrosi avanzata, rappresentano una priorità per la diagnosi e l'intervento tempestivo. Negli adulti con MASLD, il rilevamento della fibrosi epatica dovrebbe avvalersi di metodi non invasivi che combinano esami del sangue con tecniche di imaging capaci di misurare le proprietà meccaniche o il contenuto di grasso del fegato. Questi approcci integrati, presentano un'accuratezza diagnostica superiore rispetto ai tradizionali test enzimatici epatici isolati, come le transaminasi. Le linee guida suggeriscono di utilizzare un indice semplice, come il FIB-4, come primo strumento di screening per la fibrosi epatica. Il FIB-4 offre un eccellente valore predittivo negativo per escludere la fibrosi avanzata, anche se il suo valore predittivo positivo rimane limitato. L'approccio raccomandato è strutturato in più fasi: inizialmente, corretta anamnesi e valutazione clinica del paziente, quindi in pazienti target, si consiglia di impiegare il FIB-4. In caso di risultati dubbi o in gruppi ad alto rischio, si passa a una seconda fase che prevede tecniche di imaging semplici, tra cui l'ecografia epatica, l'elastografia e il FibroScan, per definire con maggiore precisione lo stadio della fibrosi.
In questo contesto, abbiamo osservato che l'integrazione di anamnesi accurata, esame clinico, semplici algoritmi diagnostici e strumentazione ecografica di primo livello, associata alla collaborazione tra MMG e specialisti, può facilitare un inquadramento precoce del paziente. Questo approccio consente una risposta tempestiva nella prevenzione e nella gestione delle patologie epatiche, oltre che di altre condizioni correlate. Le prospettive future per la medicina generale includono il rinnovamento e l'ampliamento delle conoscenze e delle tecnologie disponibili negli ambulatori territoriali. Parallelamente, sarà cruciale rafforzare i rapporti con t*eam multidisciplinari* di specialisti per raggiungere obiettivi sempre più precoci e mirati di diagnosi e trattamento, migliorando così la qualità complessiva delle cure offerte.

Bibliografia

1. *https://data.worldobesity.org*
2. *Rinella ME, et al. NAFLD Nomenclature consensus group. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. Hepatology 2023;78:1966-86.*
3. *EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). J Hepatol 2024;81:492–542.*
4. *Rinella ME, et al. NAFLD Nomenclature consensus group. A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. J Hepatol 2023;79:1542-56.*
5. *Israelsen M, et al. Steatotic liver disease. Lancet 2024;404:1761-78.*
6. *Lin H, et al. Epidemiology and clinical outcomes of metabolic (dysfunction)-associated fatty liver disease. J Clin Transl Hepatol 2021;9:972-82.*
7. *Farahat TM, et al. The paradigm shift from NAFLD to MAFLD: a global primary care viewpoint. Liver Int 2022;42:1259–67.*
8. *Ferraioli G, et al. WFUMB guidelines/guidance on liver multiparametric ultrasound. part 2: guidance on liver fat quantification. Ultrasound Med Biol 2024;50:1088-98.*
9. *Kubale R, et al. Ultrasound-derived fat fraction for hepatic steatosis assessment: prospective study of agreement with MRI PDFF and sources of variability in a heterogeneous population. Am J Roentgenol 2024;222:e2330775.*
10. *Chahal D, et al. Distinctive clinical and genetic features of lean vs overweight fatty liver disease using the UK Biobank. Hepatol Int 2022;16:325-36.*
11. *Mayén AL, et al. Hepatic steatosis, metabolic dysfunction and risk of mortality: findings from a multinational prospective cohort study. BMC Med 2024;22:221.*
12. *Ferraioli G, Soares Monteiro LB. Ultrasound-based techniques for the diagnosis of liver steatosis. World J Gastroenterol. 2019 Oct 28;25(40):6053-6062. doi: 10.3748/wjg.v25.i40.6053. PMID: 31686762; PMCID: PMC6824276.*

Questo lavoro è stato insignito del premio per il miglior poster al 41° Congresso Nazionale SIMG, tenutosi a Firenze nel novembre 2024.

L'uso dei device nello studio di medicina generale

The use of the device in the general practice

Noel Polignano
MMG ASL RM3

ABSTRACT Alcuni devices sono estremamente utili per risolvere situazioni delicate che rischierebbero di rimanere senza una diagnosi. E' questo il caso di un paziente che si è rivolto al suo MMG lamentando palpitazioni. Tutti gli esami eseguiti non evidenziavano nulla di patologico fino a quando il paziente non ha acquistato un device in grado di registrare un tracciato ECG.

Some devices are extremely useful for resolving delicate situations that would risk remaining without a diagnosis. This is the case of a patient who turned to his GP complaining of palpitations. All the tests performed did not show anything pathological until the patient purchased a device capable of recording an ECG trace

Conflitto di interessi
L' Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
L'uso dei device nello studio di medicina generale
Rivista SIMG 2025; 32 (02):42-45.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

CASO CLINICO

Uomo di 64 anni si presenta a studio riferendo episodi di "cardiopalmo", termine un po' ambiguo che il paziente non sa spiegare meglio: tachicardia? aritmie? fastidiosa percezione del proprio battito cardiaco? Dalla sua cartella informatica si desume quanto segue: ipertensione arteriosa in trattamento con Ramipril 5 mg da qualche anno, le ultime analisi eseguite 2 anni prima sono nella norma, non fuma, assume una media di 2-3 caffè al giorno e, sempre ammettendo che il paziente dica la verità al proprio medico, non assume cocaina, domanda che sarebbe sempre bene fare in questi casi, anche alla luce di eventuali terapie con betabloccanti (*la cocaina causa un aumento di concentrazione delle catecolamine: adrenalina, noradrenalina e dopamina, che stimolano i recettori adrenergici causando vasocostrizione e tachicardia; bloccando i recettori beta si lasciano più disponibili i recettori alfa, con aumento degli effetti cardiovascolari della cocaina. Per questo motivo, la crisi ipertensiva da cocaina viene trattata con benzodiazepine e nitrati ev*[1]).

Al momento del suo arrivo in studio l'esame obiettivo è nella norma, non presenta soffi cardiaci o carotidei, non sono presenti edemi declivi, la pressione è 120/80 mmHg e non è tachicardico né aritmico. Si esegue un elettrocardiogramma (**Figura 1**) che risulta nella norma (nel caso in cui si sospettino aritmie è bene effettuare un ECG quanto prima, in quanto alcune di queste sono eventi non costanti nel tempo e potrebbero essere assenti ad un successivo ECG eseguito giorni se non addirittura settimane o mesi dopo dallo specialista). Gli vengono prescritti esami ematochimici, in particolar modo elettroliti e ormoni della tiroide, che risulteranno anche essi nella norma, e si invia il paziente a visita cardiologica.

Dalla visita specialistica non emerge nulla di patologico, anche l'ecocardiogramma è normale (spesso un prolasso della mitrale può manifestarsi con cardiopalmo), si soprassiede all'esecuzione di un holter cardiaco 24h in quanto se l'evento avviene molto di rado bisognerebbe essere particolarmente fortunati a eseguire l'esame il giorno in cui si manifesterà l'aritmia e si invita il paziente a seguire una vita "sana" o comunque più sana di quanto non faccia: abolizione di caffè, alcolici e bevande eccitanti in genere, vitto "leggero e in bianco" per evitare eventuale reflusso gastroesofageo e contrasto dello stress (notoriamente causa di tutti i sintomi inspiegabili). Dopo qualche mese di apparente benessere, il paziente torna in studio riferendo, la sera prima, un fastidioso episodio di cardiopalmo durato alcuni minuti. L'esame obiettivo è ancora negativo, e a questo punto consiglio l'acquisto di un device che esegua un ECG in caso di necessità. Digitando su Google le parole "mini ECG" compaiono diversi prodotti dai costi differenti ma comunque accessibili, essenzialmente di due tipologie:

1. palmari, delle dimensioni di un cellulare con due sensori laterali sui quali poggiare le dita,
2. orologi da polso.

Esistono poi in commercio anche degli sfigmomanometri in grado di valutare il ritmo, anche questi affidabili e che avvisano della presenza di aritmie ma non eseguono tracciati ECG.

Il paziente acquistò un apparecchio da polso, e dopo circa due mesi, dopo un'ulteriore e fastidiosa percezione di cardiopalmo, esegue la registrazione del tracciato ECG, portandomelo il giorno dopo in studio (**Figura 2**): finalmente un ECG dimostrante una fibrillazione atriale ad alta frequenza ventricolare (138 b/min). Si esegue immediatamente un ECG per valutare se l'aritmia è ancora presente, nel qual caso il paziente sarebbe stato inviato in PS per una eventuale cardioversione, ma ancora una volta il tracciato è perfettamente normale. Si tratta dunque di una fibrillazione atriale parossistica (per definizione quando dura <7 giorni) che rappresenta tuttavia un rischio per potenziali tromboembolie.

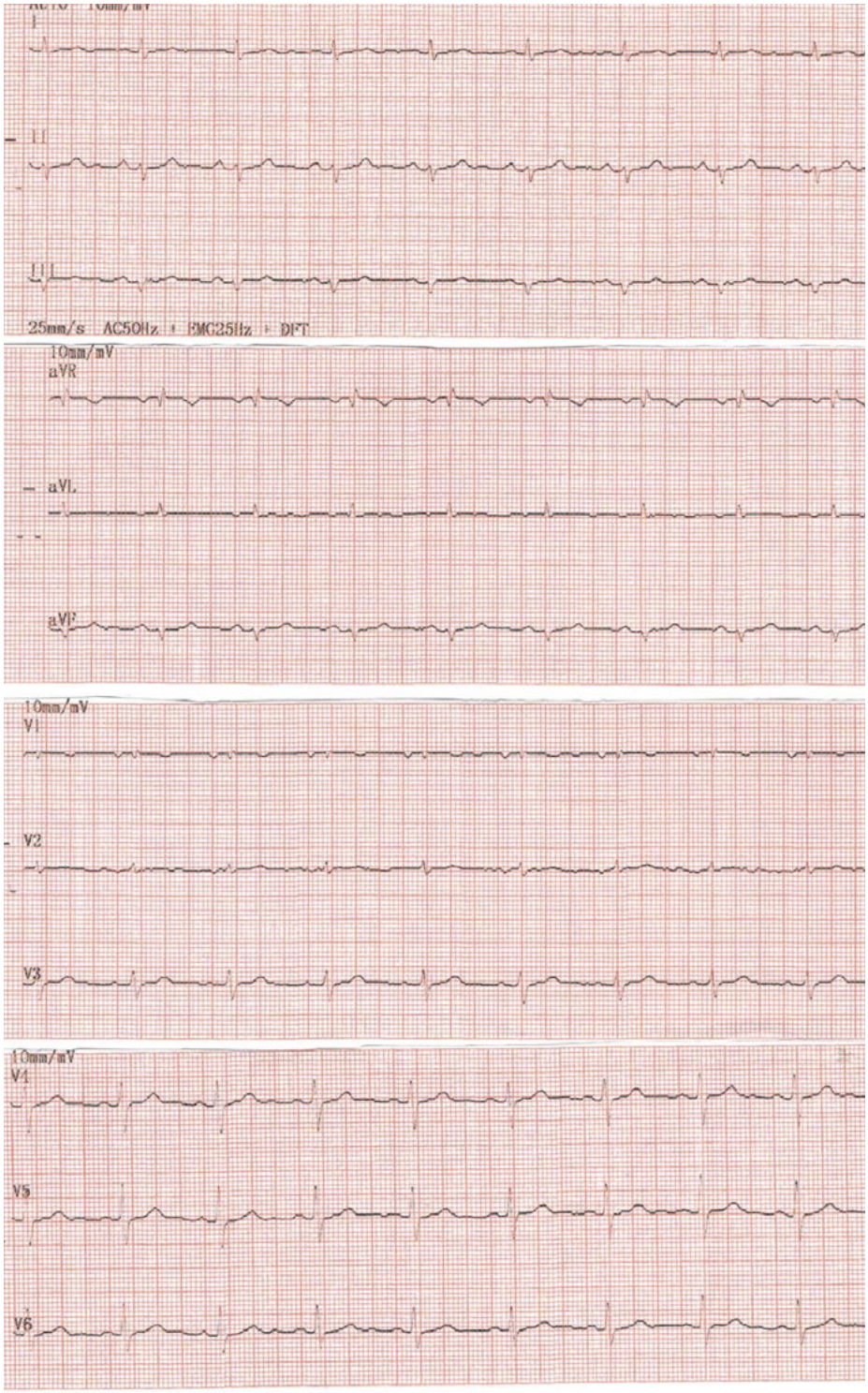


Figura 1 - Tracciato ECG eseguito in studio, perfettamente normale: ritmo sinusale a frequenza 75 b/min, asse deviato a sin, PR 0.16 msec, ripolarizzazione ventricolare nella norma

A questo punto occorre farsi 2 domande:
1. il paziente necessita di terapia anticoagulante?
2. se sì, quali anticoagulante? DOAC (Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban) o AVK (warfarin, acenocumarolo)?

Alla prima domanda si può rispondere applicando la scala **CHA_2DS_2VASC**:
C: insufficienza cardiaca (1pt)
H: ipertensione (1pt)
A2: età >75aa (2pt)
D: diabete mellito (1pt)
S2: pregresso ICTUS/TIA, tromboembolismo (2pt)
V: malattia vascolare (1pt)
A: età 64-74 aa (1pt)
SC: sesso femminile (1pt)

L'anticoagulazione è indicata per valori ≥ 2 nel maschio e ≥ 3 nella femmina[2] (è quindi facile capire dalla tabella che tutte le persone sopra i 75aa o tutte le persone con pregresso TIA, avendo un CHA2DS2VASC uguale a 2 dovrebbero iniziare la terapia, così come tutti gli ipertesi che siano anche diabetici, situazioni frequentissime tra i pazienti della medicina generale). Il paziente in questione è un maschio di 64aa iperteso e quindi ha un punteggio CHADVASC di 2, pertanto ha un rischio tromboembolico tale da richiedere una terapia anticoagulante.

A questo punto, quale terapia? DOAC o AVK?

In caso di patologia valvolare mitralica o presenza di protesi valvolare meccanica vi è un rischio tromboembolico più elevato e quindi sono preferibili gli AVK, i quali consentono, attraverso il dosaggio dell'INR, di controllare l'anticoagulazione.

Il paziente in questione non presenta patologia valvolare mitralica né è portatore di protesi valvolare; si inizia pertanto,

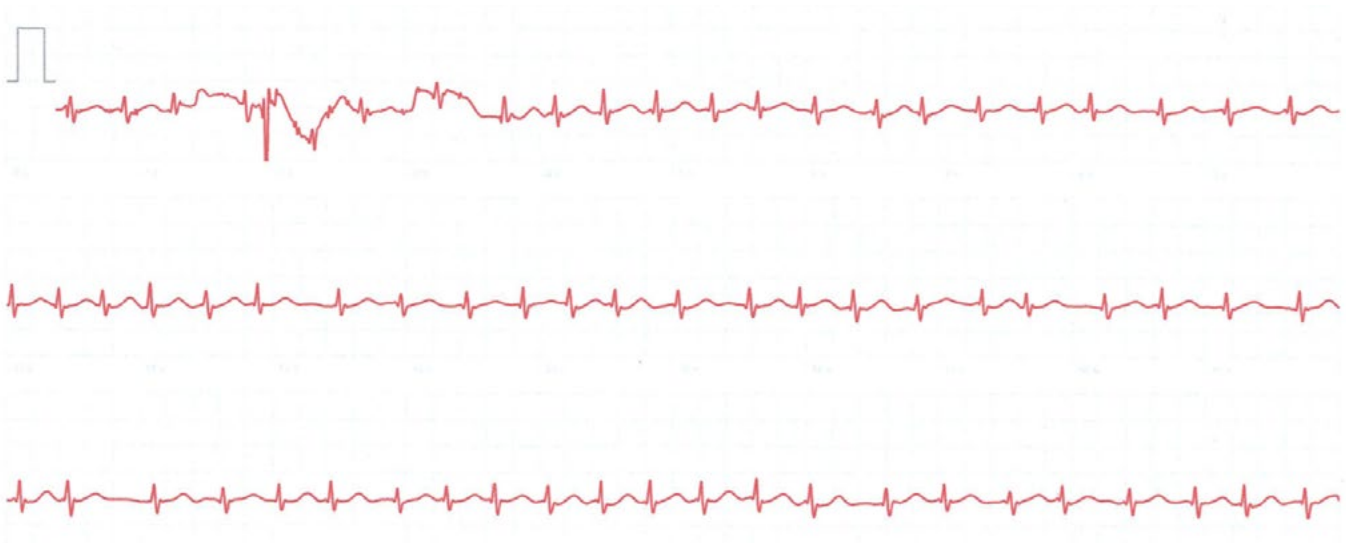


Figura 2 - Tracciato ECG del device: ritmo irregolare ad alta frequenza tipico della fibrillazione atriale

previa compilazione di piano terapeutico, terapia con un DOAC ed eseguirà, prima semestralmente e poi annualmente, esami ematochimici per il controllo di creatinina e piastrine.

CONCLUSIONI

L'uso di device può risultare estremamente utile nella gestione di alcuni pazienti tipici della Medicina Generale. Hanno prezzi accessibili e riescono a risolvere situazioni che altrimenti rimarrebbero senza un chiaro inquadramento diagnostico. Il paziente presentato in questo caso clinico avrebbe potuto essere erroneamente inquadrato come un paziente ansioso e quindi trattato con benzodiazepine o antidepressivi esponendolo a rischio di un evento tromboembolico.

Bibliografia

1. *Richards JR, et al. β-Blockers, cocaine, and the unopposed α-stimulation phenomenon. Cardiovasc Pharmacol Ther 2017;22:239-49.*
2. *ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2024;45:3314-414.*

"In ricordo del Dottor Claudio Morrieri, amico e collega, dal quale ho imparato tante cose"

Il Commento

Erik Lagolio

SIMG – Coordinatore macroarea Disturbi non Differibili

Il caso clinico descritto ci offre uno spunto per riflettere su due aspetti fondamentali della Medicina Generale contemporanea: da un lato, il ruolo centrale del medico di famiglia nella gestione dei disturbi non differibili e, dall'altro, l'importanza della tecnologia come strumento diagnostico e gestionale.

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta il primo approdo per il paziente con sintomi acuti, transitori o aspecifici. Questo ruolo non è solo di prossimità geografica, ma si radica nella conoscenza profonda e completa del paziente, grazie alla continuità del rapporto relazionale e alla possibilità di osservare l'evoluzione clinica nel tempo. Nel caso specifico, l'integrazione del sintomo di cardiopalmo in una visione complessiva del paziente è stata determinante. Il MMG, unico custode della complessità del paziente, ha potuto sfruttare l'approccio longitudinale per valutare il sintomo non come un episodio isolato, ma come parte di un quadro clinico che evolve nel tempo.

Questo aspetto, spesso trascurato nella medicina specialistica, rappresenta uno dei punti di forza della Medicina Generale. La possibilità di utilizzare il tempo come alleato diagnostico consente al medico di trasformare ogni sintomo in un tassello utile per giungere a una diagnosi più accurata, riducendo al contempo il rischio di sovradiagnosi o di trattamenti inappropriati. In un contesto in cui i pazienti sono sempre più complessi, sia per l'età avanzata sia per la presenza di multimorbilità, l'approccio sistematico e olistico del medico di famiglia si rivela fondamentale per garantire una gestione ottimale dei disturbi non differibili.

A fianco di questa dimensione "classica" della Medicina Generale, emerge con forza il ruolo della tecnologia come strumento indispensabile per ampliare le capacità diagnostiche del medico. I device digitali, come il dispositivo ECG descritto nel caso clinico, permettono di superare i limiti degli strumenti tradizionali, offrendo la possibilità di identificare condizioni cliniche che altrimenti rimarrebbero senza una diagnosi. La loro applicazione nella pratica quotidiana non deve essere vista come una complicazione aggiuntiva, ma come un'opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza.

Tuttavia, affinché questa opportunità si traduca in un reale vantaggio clinico, è necessario che i medici acquisiscano nuove competenze. Il MMG deve imparare a valutare i pro e i contro dei dispositivi disponibili sul mercato, comprendendo le differenze tra i vari strumenti in termini

di affidabilità, facilità d'uso e costo. Questo gli consente di decidere se integrare alcuni device nella propria pratica ambulatoriale o se guidare il paziente nell'acquisto e nell'utilizzo di strumenti personali. La capacità di orientarsi in questo panorama tecnologico è cruciale: solo un medico informato può sfruttare al meglio il potenziale dei device, evitando al contempo di creare confusione o ansia nei pazienti.

Sebbene l'adozione di nuove tecnologie possa sembrare, inizialmente, un ulteriore carico di lavoro per il medico, in realtà deve essere considerata un investimento. Il tempo dedicato a comprendere, integrare e utilizzare una tecnologia ben progettata si traduce, a lungo termine, in un risparmio di tempo nella gestione complessiva del percorso assistenziale del paziente. Una diagnosi tempestiva e precisa, facilitata dalla tecnologia, permette infatti di evitare esami ripetuti, consulenze specialistiche non necessarie e complicanze legate a ritardi diagnostici. Tuttavia, affinché questo potenziale si realizzi pienamente, è necessario che anche le aziende produttrici dei device si assumano la responsabilità di comprendere e rispondere ai bisogni dei medici. I dispositivi tecnologici devono essere progettati non solo per attrarre il paziente, ma anche per integrarsi in modo funzionale nella pratica quotidiana del medico. È fondamentale che i device siano compatibili con i software di gestione degli studi medici, che forniscano dati chiari e affidabili e che siano facili da utilizzare sia per i medici sia per i pazienti. Solo in questo modo i device possono diventare un vero alleato, e non un ostacolo, per il medico di famiglia.

Il futuro della medicina generale non può prescindere dalla tecnologia, ma essa deve essere al servizio del medico e del paziente, inserendosi armoniosamente in quel rapporto umano e clinico che rimane il pilastro fondamentale della cura.

Ecografia point of care e studio dei tessuti molli: diagnosi differenziale tra cellulite e ascesso sottocutaneo

Point of care ultrasound and soft tissue assessment: differential diagnosis between cellulitis and subcutaneous abscess

Fabio Fichera[1], Italo Paolini[2]
[1]SIMG Siracusa e docente POCUS, [2]SIMG segretario Marche e docente POCUS

ABSTRACT La diagnosi differenziale tra cellulite e ascesso sottocutaneo rappresenta un problema comune per il Medico di Medicina Generale (MMG), ed è cruciale per impostare un trattamento appropriato e tempestivo. L'ecografia rappresenta uno strumento diagnostico fondamentale per distinguere queste condizioni, grazie alla sua capacità di visualizzare i tessuti molli in tempo reale. Questo articolo analizza le caratteristiche ecografiche distintive di ciascuna patologia, discute il loro significato clinico e fornisce indicazioni pratiche per migliorare l'accuratezza diagnostica.

The differential diagnosis between cellulitis and subcutaneous abscess is a common problem for the General Practitioner (GP) and is crucial to set up an appropriate and timely treatment. Ultrasound is a fundamental diagnostic tool to distinguish these conditions, thanks to its ability to visualize soft tissues in real time. This article analyzes the distinctive ultrasound features of each pathology, discusses their clinical significance, and provides practical guidance for improving diagnostic accuracy.

Parole chiave/Key words: ascesso sottocutaneo, cellulite, ecografia point of care.

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Ecografia point of care e studio dei tessuti molli: diagnosi differenziale tra cellulite e ascesso sottocutaneo
Rivista SIMG 2025; 32 (02):46-48.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

INTRODUZIONE

L'ecografia point of care (POCUS) è una metodica molto utile per lo studio dei tessuti molli. in particolare, per l'identificazione di ascessi e cellulite, è un approccio diagnostico rapido e non invasivo che consente al medico di ottenere informazioni utili in tempo reale, direttamente al letto del paziente o nello studio medico.

La cellulite sottocutanea è un'infiammazione diffusa del tessuto connettivo che coinvolge principalmente la cute e il tessuto adiposo sottocutaneo.

L'ascesso, invece, è una raccolta purulenta localizzata, incapsulata da una parete infiammatoria. Sebbene i segni clinici, come edema, eritema, dolore e febbre, di entrambe le condizioni possano sovrapporsi (**Figura 1**), l'approccio terapeutico differisce notevolmente. L'ecografia è uno strumento indispensabile per differenziare queste entità cliniche ed orientare alla diagnosi e terapia corrette[1,2].

APPROCCIO DIAGNOSTICO

L'ecografia dovrebbe essere eseguita con una sonda lineare ad alta frequenza (7-15 MHz), ideale per la valutazione dei tessuti superficiali.

Un esame sistematico include:

- Valutazione della struttura e dell'ecogenicità del tessuto coinvolto.
- Ricerca di segni distintivi (presenza di raccolte liquide o ispessimento diffuso dei tessuti).
- Uso del Doppler per valutare la vascolarizzazione del tessuto e delle raccolte sospette.
- Confronto con le strutture controlaterali.

SEGNI ECOGRAFICI

1. Cellulite sottocutanea

- Aumento dell'ecogenicità e dello spessore del tessuto sottocutaneo: nella cellulite, il tessuto sottocutaneo diventa iperecogeno e di spessore aumentato rispetto ai tessuti circostanti e controlaterali, a causa dell'infiammazione e dell'edema (**Figura 2**).
- Cobblestone Appearance (Aspetto a "ciottolato"): quando la cellulite progredisce e la quantità di liquido sottocutaneo aumenta, i lobuli di grasso iperecogeni vengono separati da aree anecogene di liquido. Questo stadio è il più tipico (aspetto ad acciottolato) (**Figura 3**). La comparsa di setti interlobari pieni di liquido non è specifica della cellulite ma, piuttosto, è indicativa di un edema sottocutaneo generalizzato, che può derivare da condizioni diverse.
- Aumento della vascolarizzazione: in caso di infe-

zioni come ascessi e cellulite, il color doppler può rivelare un aumento del flusso sanguigno nelle aree infiammate (**Figura 4**). Questo aumento del flusso sanguigno è un indicatore di una flogosi attiva[3].

- Presenza di gas sottocutaneo: la presenza di gas nei tessuti molli è un segno ecografico importante in condizioni come la fascite necrotizzante o altre infezioni necrotizzanti. Piccoli focolai di gas appaiono come aree iperecogene con ombra acustica posteriore e possono essere visibili tramite ecografia in tempo reale. La presenza di gas nei tessuti, specialmente associato a un interessamento della fascia e del tessuto muscolare, suggerisce un'infezione grave che potrebbe richiedere un trattamento aggressivo urgente.

Figura 1 - Eritema ed edema comuni a cellulite e ascesso

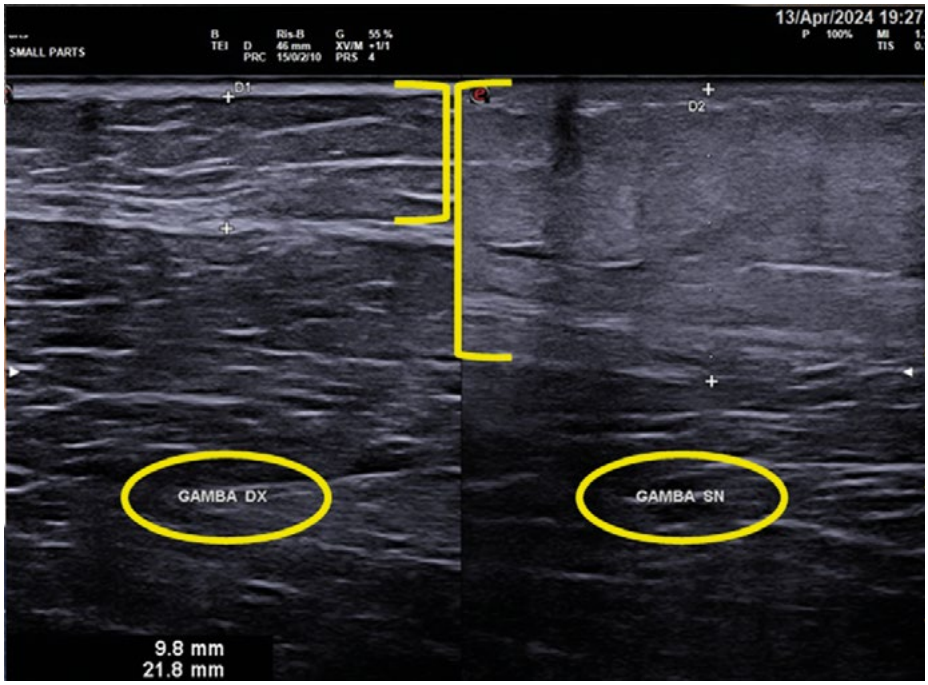


Figura 2 - Aumento di spessore ed ecogenicità nella cellulite

2. Ascesso sottocutaneo

Aspetto ecografico:

- Raccolta ipo-anecogena ben definita, spesso con margini irregolari (**Figura 5**).
- Possibile presenza di setti o eco interni mobili, indicativi di materiale purulento.
- Rinforzo acustico posteriore dovuto alla presenza di liquido.
- Iperemia periferica rilevabile al color doppler, ma con assenza di flusso sanguigno all'interno della raccolta (**Figura 6**).
- A volte, ispessimento della parete della lesione, suggerendo un processo infiammatorio cronico.
- Possibile area iperecogena intorno la lesione, segno dell'edema circostante[4].

IMPORTANZA CLINICA

La distinzione tra cellulite e ascesso ha implicazioni terapeutiche immediate:

- **Cellulite:** gestione prevalentemente medica con antibiotici per via generale e, talvolta, antinfiammatori.
- **Ascesso:** necessità di drenaggio chirurgico o percutaneo, eventualmente associato a terapia antibiotica.Un errore diagnostico può portare a un trattamento inadeguato, con conseguenze quali la progressione dell'infezione o la necessità di interventi più invasivi.

VANTAGGI DELLA POCUS

- **Tempestività:** fornisce una valutazione rapida che aiuta nella gestione immediata dei pazienti, sia in contesti di urgenza che in ambulatorio, senza la necessità di trasferimento del paziente.
- **Non invasività:** tecnica non invasiva che non espone a radiazioni ionizzanti.
- **Ripetibilità:** può essere ripetuta più volte per monitorare l'evoluzione del quadro clinico.
- **Accessibilità:** Può essere eseguita direttamente dal medico che gestisce il paziente, riducendo i tempi di attesa per altre indagini più complesse.
- **Guida al trattamento:** È particolarmente utile per guidare il drenaggio di ascessi, evitando interventi più invasivi o non necessari.

LIMITI DELLA POCUS

- **Difficoltà nei casi complessi:** se l'ascesso è profondo o situato in aree difficili da raggiungere, l'ecografia potrebbe non essere sufficiente per una diagnosi completa.
- **Dipendenza dall'operatore:** la qualità dell'esame dipende molto dalle competenze dell'operatore, poiché è necessaria una buona esperienza nell'interpretazione delle immagini ecografiche.

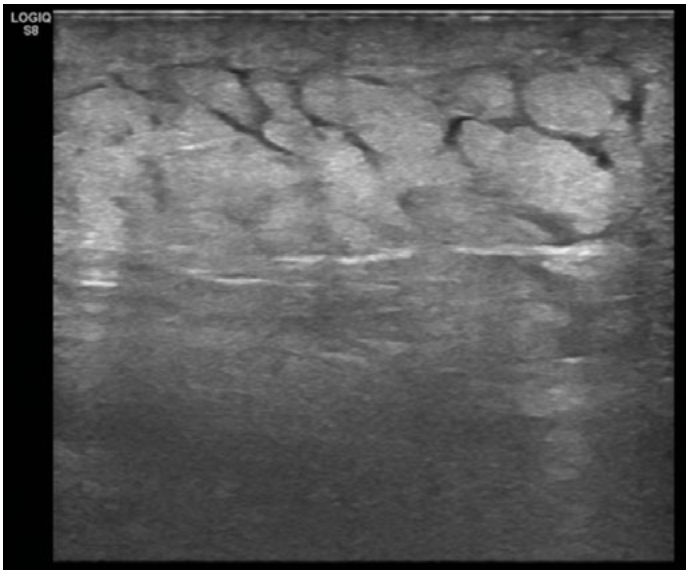


Figura 3 - Aspetto "ad acciottolato" nella cellulite

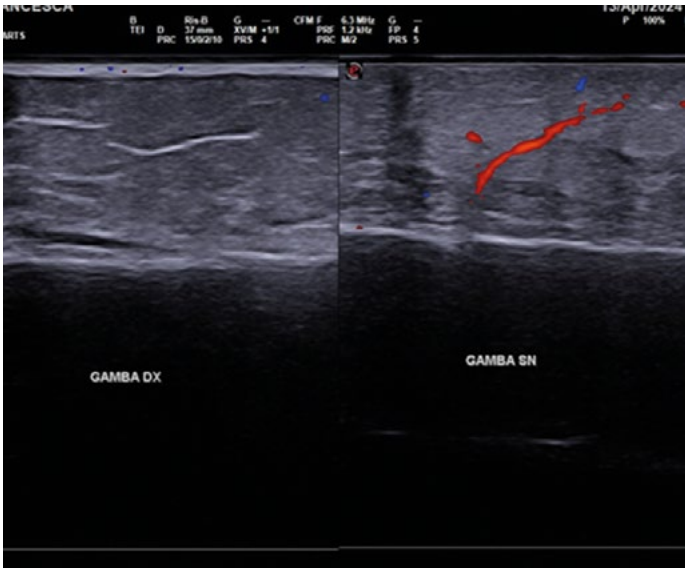


Figura 4 - Cellulite: aumento della vascolarizzazione

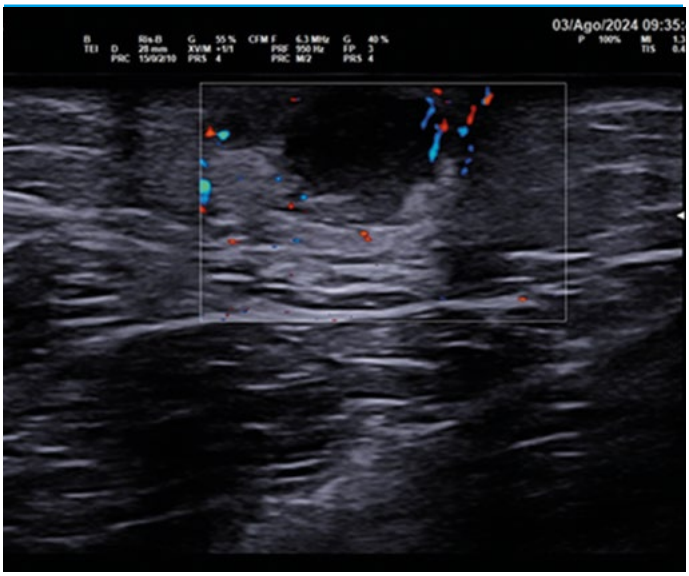


Figura 5 - Ascesso: area ipo-anecogena a margini irregolari con iperemia circostante

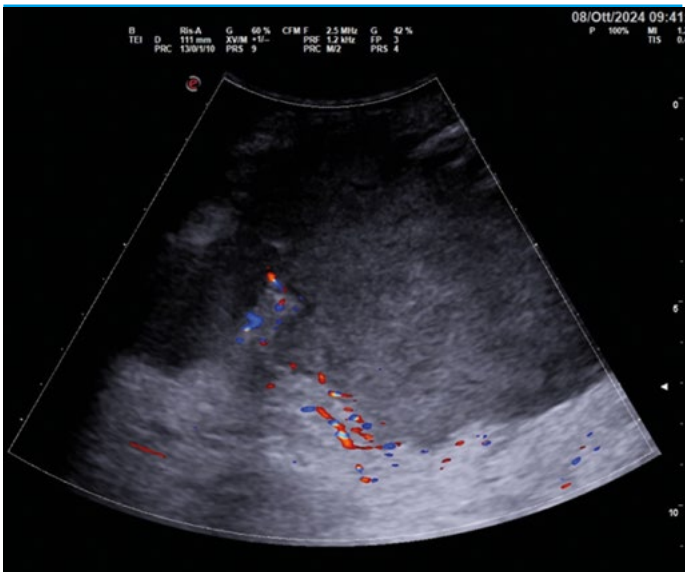


Figura 6 - Vasto ascesso gluteo con iperemia circostante

CONCLUSIONI

POCUS dei tessuti molli è uno strumento diagnostico essenziale per distinguere tra ascessi e cellulite[5]. I segni ecografici come l'aspetto a ciottolato e l'aumento dello spessore e dell'ecogenicità dei tessuti sono essenziali per la diagnosi di cellulite.

Altri segni, come la vascolarizzazione aumentata e la presenza di gas, possono aiutare a identificare complicazioni gravi come la fascite necrotizzante. Il riconoscimento di questi segni ecografici consente una gestione tempestiva e mirata dei pazienti con infezione dei tessuti molli.

Bibliografia

1. *Gottlieb M. Point-of-Care ultrasonography for the diagnosis of skin and soft tissue abscesses: a systematic review and meta-analysis. Ann Emerg Med 2020;76:67-77.*
2. *Barbic D. In patients presenting to the emergency department with skin and soft tissue infections what is the diagnostic accuracy of point-of-care ultrasonography for the diagnosis of abscess compared to the current standard of care? A systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2017;7:e013688.*
3. *Yadav K. Canadian emergency department best practices checklist for skin and soft tissue infections. Part 1: Cellulitis. CJEM 2024;26:593-9.*
4. *Yadav K. Canadian emergency department best practices checklist for skin and soft tissue infections. Part 2: skin abscess. CJEM. 2024;26:600-6.*
5. *Jeffers C. What is the utility of Point-of-Care ultrasound for diagnosis of soft tissue abscess vs. cellulitis? https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2024.11.012*

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

ACADEMY

SIMG ALTA FORMAZIONE

SIMGLab
SIMULATION LABORATORY

SIMG COLLEGE

LIFELONG - LIFEWIDE LEARNING

Take the next step in your family medicine career

Una vasta scelta di percorsi formativi dedicati al Medico di Medicina Generale per una crescita professionale certificata

••• simgcollege.it •••

Quando il tetano colpisce in età avanzata: lezione da un caso clinico fatale

When tetanus strikes at advanced age: lessons from a fatal clinical case

Ilenia Silvestri, Mariangela Elefante, Tecla Mastronuzzi
SIMG Macroarea Prevenzione

CASO CLINICO

Il 30 giugno il medico di una paziente di 90 anni chiama il 118 nel sospetto che sia affetta da tetano. La paziente presenta disfagia, opistotono, rigidità alla colonna e agli arti inferiori. All'accesso in PS, dopo consulenza neurologica, la paziente viene ricoverata in Rianimazione. Qui viene sottoposta ad una terapia molto complessa con farmaci sedativi, miorilassanti, anticonvulsivanti e antidolorifici. Il sostegno delle funzioni vitali viene assicurato dalla ventilazione assistita e dalla nutrizione parenterale. Nonostante la terapia farmacologica il decorso della paziente è molto difficile e a seguito di una serie di complicanze settiche l'esito è il decesso.
La nostra paziente qualche tempo prima del ricovero era caduta in giardino e si era procurata una ferita escoriata al ginocchio, circa dieci giorni dopo era comparsa la disfagia ingravescente seguita poi dal trisma e dalla rigidità degli arti. Erano stati proprio questi sintomi a far sospettare il tetano al medico della signora.

Il tetano è una malattia infettiva acuta non contagiosa causata dal batterio *Clostridium tetani*[1]. Si tratta di un bacillo Gram-positivo che cresce solo in assenza di ossigeno (cioè anaerobio), ed è presente in natura sia in forma vegetativa, sia sotto forma di spore. Il germe in forma vegetativa produce una tossina, neurotossica ed estremamente potente, detta tetanospasmina. Il *Clostridium tetani* è normalmente presente nell'intestino degli animali (bovini, equini, ovini) e nell'intestino umano e viene eliminato con le feci. Le spore possono sopravvivere nell'ambiente esterno anche per anni e contaminano spesso la polvere e la terra. Possono penetrare nell'organismo umano attraverso ferite, in genere lacero-contuse e poco sanguinanti, dove, in condizioni opportune (che si verificano specialmente nei tessuti necrotici), si possono trasformare nelle forme vegetative che producono la tetanospasmina[2].
La tossina entra nelle terminazioni nervose periferiche, si lega in maniera irreversibile lì, poi viaggia in direzione retrograda lungo gli assoni e le sinapsi, e, infine, entra nel sistema nervoso centrale. Qui è in grado di demolire l'apparato proteico preposto alla secrezione del GABA e della Glicina, neurotrasmettitori che inibiscono la contrazione muscolare. Come risultato, la stimolazione muscolare perde la regolazione negativa garantita dall'acetilcolina e ne deriva spasticità generalizzata, con convulsioni toniche intermittenti. In questo modo si ha uno spasmo muscolare continuo e doloroso che interessa tutti i muscoli del corpo, partendo dal viso fino agli arti.

Sintomi e diagnosi

Nella maggior parte dei casi, il periodo di incubazione varia da 3 a 21 giorni. Generalmente, più breve è il periodo di incubazione più grave è il decorso clinico.
Le contrazioni muscolari di solito iniziano dal capo, e progrediscono poi verso il tronco e gli arti. Un caratteristico sintomo iniziale è il trisma, cioè la contrattura del muscolo massetere, che dà al volto del paziente un aspetto caratteristico (riso sardonico), seguito da rigidità del collo, difficoltà di deglutizione, rigidità dei muscoli addominali. Altri sintomi includono febbre, sudorazione, tachicardia. Il paziente rimane conscio e gli spasmi muscolari, provocati da stimoli anche minimi, causano dolore. Non esistono test di laboratorio per confermare la diagnosi, che è essenzialmente clinica.

Trattamento e decorso

La malattia non è contagiosa, quindi l'isolamento nel paziente non è necessario.
La somministrazione di immunoglobuline umane antitetaniche (TIG) e l'accurata pulizia della ferita infetta, con rimozione dell'eventuale tessuto necrotico, l'uso di disinfettanti ad azione ossidante (come l'acqua ossigenata) e la somministrazione di antibiotici (penicillina) sono importanti per prevenire la fissazione alle cellule nervose della tossina eventualmente ancora presente in circolo e per impedire che ne venga prodotta di nuova.
Tuttavia, le TIG non sono in grado di limitare l'azione neurotossica della tossina che ha già raggiunto le terminazioni nervose: la terapia degli spasmi tetanici è quindi essenzialmente sintomatica, e si avvale di sedativi o anestetici generali, neuroplegici, farmaci curaro-simili.

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Quando il tetano colpisce in età avanzata: lezione da un caso clinico fatale Rivista SIMG 2025; 32 (02):50-51.

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

OPEN ACCESS

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

La malattia non conferisce immunità, perciò i pazienti che hanno avuto il tetano devono iniziare o continuare il ciclo vaccinale non appena le condizioni cliniche lo consentano.

Prevenzione

La prevenzione della malattia si basa sulla vaccinazione, prevista in Italia per tutti i nuovi nati. In Italia, infatti, la vaccinazione antitetanica è stata resa obbligatoria dal 1938 per i militari, dal 1963 (*Legge del 5 marzo 1963, n. 292*) per i bambini nel secondo anno di vita e per alcune categorie professionali considerate più esposte a rischio di infezione (lavoratori agricoli, allevatori di bestiame, ecc). Dal 1968 la somministrazione è stata anticipata al primo anno di vita e il calendario vaccinale vigente prevede la somministrazione di tre dosi al terzo, quinto e dodicesimo mese di età. Il Calendario per la Vita[3] prevede che una dose di richiamo (associata con le componenti contro la difterite e la pertosse - **DTap**) venga eseguita nel sesto anno. Per mantenere l'efficacia della vaccinazione, è necessario eseguire richiami periodici decennali (tetano, difterite a ridotto contenuto di anatossina e pertosse - **dTap**) per tutta la vita[4].

Il vaccino è costituito dall'anatossina, cioè dalla tossina tetanica trattata in modo da perdere la sua tossicità, mantenendo però la capacità di stimolare la produzione di anticorpi protettivi. Dal 1998 a oggi sono stati introdotti in commercio numerosi vaccini, in cui l'anatossina tetanica è associata, oltre che ai vaccini antidifterico e antipertosse acellulare, anche all'anti *Haemophilus influenzae b* (Hib), all'antipolio (Ipv) e all'antiepatite B (**vaccino esavalente**).

La somministrazione di tre dosi di vaccinazione antitetanica conferisce una protezione molto elevata, con un'efficacia superiore al 95%. La durata della protezione nel tempo è di almeno 10 anni ed è ulteriormente garantita dall'esecuzione dei richiami. Inoltre, è raccomandato un richiamo della vaccinazione dTap per tutte le donne in gravidanza tra la 27° e la 36° settimana anche se la donna dovesse essere in regola con i richiami.

Aspetti epidemiologici

Gli ultimi dati sulla sorveglianza dei casi di Tetano in Europa5 si riferiscono al 2022.

Il numero totale di casi segnalato è pari a 53 e la fascia più colpita sono i soggetti over 65 (prevalentemente donne). Dal 2018 al 2022 il 40% dei casi segnalati in Europa si sono verificati in Italia e di questi il 93% ha riguardato over-65.

Sono disponibili dati relativi all'epidemiologia del tetano e sulla copertura vaccinale della popolazione adulta italiana tra il 2001 e il 2010[6]. Dallo studio è emerso che nel periodo in esame sono stati notificati 594 casi, con un'incidenza annua media di 1 caso per milione di abitanti. Del totale notificato, sono 22 casi hanno ricevuto una conferma di laboratorio. L'80% dei casi è stato segnalato da sette Regioni (4 nel Nord, 2 nel Centro e una del Sud) e ciascuna ha segnalato almeno 60 casi. Nello stesso studio è emerso che l'85% della popolazione dai 6 ai 90 anni ha anticorpi contro il tetano; tuttavia, i tassi di protezione diminuiscono con l'età: 93.6% nei soggetti di età compresa tra 6 e 12 anni contro il 45.3% negli over-65.

L'attuale epidemiologia nell'UE può essere spiegata da una minore copertura vaccinale o da un calo dell'immunità tra le popolazioni più anziane.

CONCLUSIONI

Il caso clinico presentato sottolinea l'importanza di mantenere alta l'attenzione sul tetano, una patologia che, pur essendo prevenibile attraverso la vaccinazione, continua a rappresentare una minaccia significativa, soprattutto nelle donne anziane. L'elevata incidenza di casi in questa fascia di popolazione è attribuibile principalmente a una scarsa copertura vaccinale e a un'assenza di richiami nel corso della vita.

Per i MMG, questo scenario rappresenta un'importante opportunità di intervento. La revisione dello stato vaccinale dei pazienti anziani e la promozione attiva dei richiami vaccinali possono ridurre il rischio di infezioni gravi e letali. Inoltre, sensibilizzare i caregiver e le famiglie sull'importanza della prevenzione è fondamentale per proteggere le fasce più vulnerabili della popolazione.

Questo tragico esito ci ricorda che la prevenzione vaccinale rimane uno strumento insostituibile per salvaguardare la salute pubblica e individuale.

Bibliografia

1. *https://www.epicentro.iss.it/tetano/*
2. *Megighian A, et al. Tetanus and tetanus neurotoxin: From peripheral uptake to central nervous tissue targets. J Neurochem 2021;158:1244-53.*
3. *https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1734537747.pdf*
4. *https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=95963&completo=true*
5. *European Centre for Disease Prevention and Control. Tetanus. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024.*
6. *Filia A, et al. Tetanus in Italy 2001-2010: a continuing threat in older adults. Vaccine 2014;32:639-44.*

Cinque cose da sapere su... tennis e scoliosi

Five things to know about... tennis and scoliosis

Rodolfo Lisi[1], Simone Cigni[2]
[1]Docente di scienze motorie e sportive, Liceo M.T. Varrone, Cassino (FR);
[2]Ortopedico, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Il tennis, sport asimmetrico (più correttamente si dovrebbe parlare di sport armonici/disarmonici, considerata la specificità del concetto fisiologico di simmetria[1]), sviluppa in modo particolare l'arto superiore del lato che regge la racchetta e, quindi, superare il pregiudizio della sua nocività risulta tutt'altro che semplice anche perché gli attuali studi epidemiologici sono ancora lontani dall'essere risolutivi ed esaustivi.

1. Una spalla più alta dell'altra

L'ipertrofia della muscolatura del cingolo scapolare e di quella dorsale dal lato del braccio dominante, con asimmetria a livello delle spalle, era una morfologia del tutto comune nei tennisti del recente passato.
In uno studio di Rieder, una condizione di corretto allineamento orizzontale delle spalle è stata diagnosticata soltanto nel 39.4% dei soggetti esaminati[2]. Inoltre, in quasi il 50%, è stata riportata una deviazione toraco-lombare a "C" di grado lieve, in associazione con una depressione della spalla[2].
Sebbene nella pratica clinica la maggior parte dei casi è caratterizzata da deviazioni rachidee secondarie ad asimmetrico sviluppo muscolare (vedi agenesia di un grande pettorale o ipometria degli arti inferiori), tali risultati diedero luogo a timori e polemiche, perché uno dei segni clinici secondari della scoliosi risiede proprio nell'asimmetria delle spalle. Più recentemente, inoltre, uno studio di matrice tedesca non ha certamente sopito le numerose perplessità: al contrario, si è evidenziato un abbassamento fino a 3 cm della spalla del braccio dominante e, insieme, un'asimmetria del bacino nel 30-50% degli atleti esaminati[3]. Sebbene, oggigiorno, le attività di compensazione e di riequilibrio muscolare, svolte a latere dell'allenamento tecnico, abbiano permesso di ridurre le discrepanze tra i due lati del corpo, non è insolito osservare nei tennisti professionisti (oltre che negli schermitori), sia un braccio molto più forte e sviluppato, sia una spalla più alta dell'altra: il che, se non indica la presenza di una deformità vertebrale (come la scoliosi), nemmeno ne esclude a priori la possibilità.

2. Relazione causa-effetto: gli studi esistenti

Gli studi esistenti in letteratura sono sia pochi che scarsamente attendibili, in quanto quasi tutti riconducibili a disegni trasversali[1]. Questa tipologia di studi raccoglie informazioni relative all'esposizione ai fattori di rischio e ai loro esiti (insorgenza della patologia) nello stesso momento e sullo stesso paziente, e possono essere ritenuti un'istantanea di una malattia in una popolazione e in un particolare momento.
Tuttavia, visto che l'esposizione e lo stato di malattia sono misurati nello stesso istante temporale, non è possibile stabilire una relazione di causa-effetto tra esposizione al fattore di rischio e insorgenza della malattia, ma solo un'eventuale associazione, venendo a mancare la componente temporale. Infatti, i suddetti parametri si dimostrano solo con uno studio prospettivo caso-controllo o di coorte, ossia uno studio che permette di verificare l'insorgenza della patologia tra gli esposti e i non esposti. Non esistono (almeno finora) i presupposti per giungere a una conclusione definitiva.

3. Il tennis in soggetti affetti da attitudine scoliotica e da scoliosi vera

Si può affermare, con una certa approssimazione alla verità, che tutte le attività motorie, se svolte non a livello agonistico ma amatoriale, non risultano dannose per il rachide. Alcune frequenti domande, tuttavia, permangono senza risposta. Ad esempio: un soggetto in età adolescenziale, affetto da scoliosi lieve, è in grado di sostenere i carichi di lavoro del tennis agonistico? La risposta dovrà attendere studi più probanti di quelli esistenti.
Ci sono tanti, troppi parametri da tenere in considerazione; tra questi, età cronologica, posizione della curva scoliotica (lombare, toracolombare, toracica), gravità della curva scoliotica, intensità dell'attività tennistica e sesso. Si è persuasi di come un'attitudine scoliotica non comporti alcun danno per il giovane tennista poiché si tratta di una condizione temporanea. La situazione cambia, però se, a una

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Cinque cose da sapere su... tennis e scoliosi
Rivista SIMG 2025; 32 (02):52-54.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

scoliosi prettamente evolutiva, si aggiunge la pratica del tennis a livello agonistico: in questo caso la deformazione tenderà a evolvere e l'attività tennistica dovrebbe essere sospesa. In conclusione, la scoliosi strutturata determina una serie di evidenti limitazioni anatomo-funzionali. Si tratta, in buona sostanza, di sottoporre un rachide di per sé fragile (i fattori determinanti la scoliosi idiopatica sono numerosi e in parte sconosciuti) a carichi perfettamente sopportabili da rachidi "normali"[1].

4. Effetto di altri sport asimmetrici

La scherma è stata indicata, da molti autori, come responsabile di varie patologie: la cosiddetta "scoliosi degli schermitori" (*scoliose des escrimeurs*) è una locuzione che, in passato, era di uso comune negli ambienti medico-sportivi. In realtà esiste una sorta di compensazione reciproca e continua tra la posizione di guardia (una posizione intermedia tra la difesa e l'attacco) e l'azione di affondo per portare una "stoccata. In attesa di studi probanti, le ricerche esistenti confermano l'inesistenza del supposto meccanismo di induzione esogena della deformazione scoliotica in chi pratica lo sport della scherma[1]. Nel giavellottista, la colonna vertebrale è un distretto anatomico interessato da traumatismi a seguito di reiterati, e talora eccessivi, carichi di lavoro[1].

Güssbacher e Rompe riscontrarono la scoliosi in 12 giovani atleti su un totale di 14 (85,7%)[4]. Le defermità hanno interessato di solito la parte alta del rachide dorsale con concavità dal lato del braccio dominante, ossia di quello utilizzato per il lancio. Va peraltro rilevato che le deformazioni diagnosticate non hanno mai superato i 15°[4]. Comunque, redigere una classificazione degli sport asimmetrici è tutt'altro che semplice: la stessa disciplina sportiva del tiro con l'arco non ne è solitamente esclusa, sebbene in un tiratore destrimane, al momento dell'esecuzione del gesto sportivo, non solo il grande dorsale destro, ma anche il controlaterale e gli estensori vengono attivati. Inoltre, uno studio elettromiografico di superficie sugli aspetti muscolari e coordinativi di 26 atleti di differente livello prestazionale ha evidenziato una sollecitazione del muscolo deltoide sia dal "lato corda" che dal "lato arco"[5].
Nella canoa, uno studio sulla cinematica della pagaiata ha rilevato la progressiva riduzione delle asimmetrie cinetiche in funzione dell'incremento di abilità degli atleti[6]. Il che lascia ipotizzare la probabile riduzione delle differenze antropometriche con l'aumento dell'abilità dell'atleta, almeno in quegli sport che hanno come esigenza teorica una perfetta simmetria nella produzione di energia. Stessa cosa dicasi nel già citato tiro con l'arco, dove atleti di livello internazionale mettono in funzione i distretti muscolari di entrambi i lati del tronco, sia pure con modalità alquanto differenziate[7].

Tali risultati permettono di avanzare un'altra ipotesi verosimile: in attesa di studi probanti, l'attività sportiva asimmetrica, soltanto se praticata trascurandone gli aspetti squisitamente tecnici, può concorrere all'etiopatogenesi di alterazioni della normale struttura rachidea. Di qui, l'intervento del preparatore e/o allenatore non deve prescindere da un'attenta valutazione dell'individualità tecnica dell'atleta, che può influenzare la tipologia delle eventuali asimmetrie.

5. Le esercitazioni consigliate nel tennis

Sebbene non sia possibile prevenire una scoliosi vera, un programma rigoroso di esercitazioni - a latere dell'allenamento in campo - può rappresentare a ben donde un intervento di "prevenzione secondaria". Si tratta, cioè, di indirizzare il piano di lavoro verso quei muscoli indispensabili per contenere, ma non correggere, una scoliosi vera e propria, creando un busto muscolare di sostegno.
In sintesi, esistono esercizi isometrici che, associati al tutore, permettono in taluni casi di contenere l'evolutività di una scoliosi e, da soli, rientrano a pieno titolo in un programma più ampio di riabilitazione e prevenzione delle patologie

muscolo-scheletriche a carico del rachide. Esercizi isometrici, perciò, associati a ginnastica addominale, di intensità e durata moderate. Il tutto, s'intende, affidato a personale esperto e qualificato.

CONCLUSIONI

Non è assolutamente condivisibile l'ottimismo espresso in questi ultimi anni, anche se Stagnara, Mollon e de Mauroy affermarono, a loro tempo, che «l'effetto benefico di un'attività sportiva come il tennis, praticato fino ad età avanzata, è nettamente superiore al sospetto di un'eventuale azione nociva»[8].

Alcuni autori, addirittura, ritengono che «*[...] in presenza di scoliosi dorsali destre, dorso-lombari destre o dorsali destre e lombari sinistre con rotazione, la deformità torsionale, in alcuni casi, possa persino avere un beneficio per effetto della trazione sul rachide prodotta dai movimenti dell'arto superiore (che è, quasi sempre, il destro) dovuta soprattutto al grande dentato e agli obliqui addominali*»[9]. Pochi studi validi e troppe sentenze affrettate non hanno finora saputo o potuto affrontare l'argomento se non in maniera frammentaria e con criteri a volte discutibili. Accanto alle criticità riguardanti tempi, metodologie e costi, esistono anche questioni di natura etica. Le metodologie non invasive, fino ad ora proposte, non hanno fornito risposte omogeneamente valide e il buon esito di uno studio scientifico presuppone il ricorso alla x-grafia. Tuttavia, nessun genitore accetterebbe - giustamente - di sottoporre il proprio figliuolo a ripetuti esami radiografici, vista anche la stretta relazione tra uso di radiazioni e insorgenza di tumori[10].

È necessario quindi affidarsi, sebbene la scienza in quanto tale avrebbe da obiettare, al buon senso, non disponendo ancora di dati sufficienti ed attendibili. Un professionista serio, infuso di nozioni di anatomia, biomeccanica e fisiologia muscolare, si assumerà la responsabilità dell'idoneità o meno di un determinato soggetto scoliotico, in stretta cooperazione con altre figure professionali.

Bibliografia

1. *Lisi R. Tennis e scoliosi, stato dell'arte. Lombardo, Roma, 2007.*
2. *Rieder H, et al. Leistungsdiagnostik bei jugendlichen Tennisspielern/innen 1978-1982. Bibliothek des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg, Band F21, 20a, 1983.*
3. *Steinbrück K, Mauch F. Tennis und Wirbelsäule. Die Säule 2000; 2: 6-11.*
4. *Güssbacher A, Rompe G. Die dynamische und statische Beanspruchung der Wirbelsäule und ihre möglichen Auswirkungen bei verschiedenen Sportarten. Schweiz Z Sportmed 1983; 31:119-24.*
5. *Edelmann-Nusser J, et al. La valutazione funzionale complessa nel tiro con l'arco. SdS Rivista di Cultura Sportiva 2000; 75-84.*
6. *Rodano R, et al. A 3-d kinematic analysis of canoeing on a simulator: differences between elite, intermediate and novice canoists. Proceedings of Oral Sessions 19th ISBS, University of San Francisco. Blackwell, 20-26 June 2001, 267-71.*
7. *Squadrone R, et al. Multifactorial analysis of shooting archery. In: Barabás A, Fábián GY (Eds), Biomechanics in Sports: Proceedings of the 12th Symposium of the International Society of Biomechanics in Sports. Siófok, 2-6 July 1994, 270-274.*
8. *Stagnara P, et al. Rieducazione delle scoliosi (II ed). Ghedini Editore, Milano, 1992.*
9. *Pirola V. La chinesiterapia nella rieducazione delle scoliosi, vol II. Sperling & Kupfer, Milano, 1994.*
10. *Doody MM, et al. Breast cancer mortality after diagnostic radiography: findings from the US Scoliosis Cohort Study. Spine 2000; 25(16): 2052-63.*

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

Pubblichiamo con piacere, stima e grande interesse il volume ebook **"IA Generativa per le Cure Primarie"** dell'autore Iacopo Cricelli.

L'IA sta diventando sempre più presente nella nostra attività medica e affiancherà di certo il lavoro del Medico di Medicina Generale nel futuro molto prossimo. La lettura dell'opera, consigliata a tutti i medici, è veloce e diretta e rappresenta un utile guida/approfondimento in questo settore in rapido sviluppo

Ignazio Grattagliano
SIMG vice-Presidente

INQUADRA IL QR CODE E SCARICA IL VOLUME EBOOK

Iacopo Cricelli

Intelligenza Artificiale Generativa per le Cure Primarie

Sfruttare l'IA Generativa per ottimizzare la professione del Medico di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Cinque cose da sapere su... le allergie a farmaci

Five things to know about... drug allergy

Marilisa Piccolantonio[1], Tecla Mastronuzzi[2]
[1]SIMG Foggia, [2]SIMG coordinatrice macroarea prevenzione

1. Perchè le allergie ai farmaci interessano la Medicina Generale?

Il medico di medicina generale (MMG) è spesso il primo riferimento in caso di una reazione avversa a farmaci, che dal punto di vista del paziente viene generalmente identificata come "allergia"[1].
I software gestionali utilizzati in Medicina Generale includono sistemi di allarme per le allergie ai farmaci.
Le allergie ai farmaci sono reazioni avverse che si manifestano con il coinvolgimento del sistema immunitario, appartengono al gruppo delle reazioni tipo B, dose-indipendenti e imprevedibili (**Figura 1**), e necessitano di corretta diagnosi.

Il MMG svolge un ruolo chiave nell'individuazione dei pazienti da inviare ad approfondimenti diagnostici, nella determinazione del farmaco responsabile e nella selezione di alternative terapeutiche adeguate. Inoltre, eliminare farmaci senza una valutazione approfondita può ridurre le opzioni terapeutiche a disposizione del paziente[2].
Ad esempio, etichettare erroneamente come "allergia" una reazione avversa ad un antibiotico può condurre a un uso eccessivo di antibiotici di seconda linea, contribuendo all'aumento dell'antibiotico-resistenza, una problematica di salute pubblica di crescente rilevanza. Meno del 10% dei pazienti etichettati come allergici alle penicilline, lo sono realmente[3,4].

2. Quali quadri clinici sono correlati ad una vera allergia al farmaco?

La reazione all'assunzione del farmaco si verifica raramente in presenza del MMG che per effettuare una corretta diagnosi deve avvalersi di una serie di dati anamnestici, che vanno raccolti con grande precisione. Una reazione allergica a farmaci si può presentare con sintomi locali o sistemici, con o senza coinvolgimento muco-cutaneo, e può essere immediata o non immediata.
Le reazioni immediate compaiono entro 1-6 ore dall'assunzione del farmaco e possono manifestarsi con orticaria, angioedema, rinite, congiuntivite, broncospasmo, sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) fino allo shock anafilattico, caratterizzato dal coinvolgimento del distretto cardiovascolare con importante ipotensione [5,6].

Le reazioni non immediate, la cui manifestazione può avvenire oltre un'ora dall'assunzione del farmaco, include quadri clinici eterogenei prevalentemente dermatologici: orticaria a comparsa ritardata, eruzioni maculo-papulari, eritema fisso, vasculite, malattie bollose con pustolosi esantematica acuta generalizzata (AGEP) e un particolare quadro di eritema simmetrico delle pieghe sottoposte a flessione con intertrigine (riassunte dall'acronimo inglese "SDRIFE"). Anche in questo caso possono essere coinvolti altri organi e apparati.
Ricordiamo anche la temibile DRESS, acronimo di *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*, spesso associata all'assunzione di sulfamidici e antiepilettici[7].

3. Come si fa diagnosi di ipersensibilita a farmaco?

L'anamnesi deve escludere fattori confondenti come infezioni virali, farmaci che inducono broncospasmo (β-bloccanti, solfiti), accumulo di bradichinina (ACE-inibitori) o alterazioni del metabolismo dell'acido arachidonico (aspirina, FANS).
L'EAACI (*European Academy of Allergy and Clinical Immunology*) suggerisce di raccogliere i seguenti dati[1]:

- Data della reazione
- Nome del farmaco coinvolto e motivo della prescrizione
- Numero di dosi assunte prima della reazione
- Intervallo di tempo intercorso fra l'ultima dose assunta e il manifestarsi della reazione
- Natura e descrizione dei sintomi
- Trattamento necessario alla loro risoluzione
- Tempo di remissione

Conflitto di interessi
Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:
Cinque cose da sapere su... le allergie a farmaci
Rivista SIMG 2025; 32 (02):56-58.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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

- Farmaci assunti al momento della reazione e immediatamente dopo
- Condizioni sottostanti (orticaria cronica, rinosinusite cronica...)

Il MMG può richiedere esami di primo livello (istamina, triptasi e IgE totali) e valutare il coinvolgimento di altri organi (epatite, insufficienza renale, neutropenia, ecc.), e quindi indirizzare il paziente a uno specialista nei casi dubbi e in quelli complessi, in particolare per reazioni agli anestetici, o nel caso di pazienti immunodepressi o con patologie che richiedono frequenti terapie antibiotiche (es. fibrosi cistica).
Le linee guida NICE sulla diagnosi e management dell'allergia a farmaci[6] sottolineano l'importanza di condividere le informazioni relative alla sospetta allergia a farmaci con tutti i medici responsabili del percorso di cura del paziente.

4. È possibile prevenire le allergie ai farmaci?

Non esiste una prevenzione classica, poiché si tratta di reazioni imprevedibili. Tuttavia, è possibile adottare misure precauzionali per evitare che si ripresenti:

- **Sospendere i farmaci sospetti**, valutando sempre il rapporto rischio-beneficio.
- **Segnalare i casi rilevanti** al Comitato per la Valutazione dei Rischi in Farmacovigilanza (PRAC).
- **Fornire al paziente un elenco di farmaci alternativi** e segnalare i casi in cui non esistano opzioni terapeutiche valide.

5. Come trattare un'allergia a farmaco?

La terapia della fase acuta non differisce da quella delle altre patologie allergiche con manifestazioni simili (cutanee, respiratorie, generali).

- Le **reazioni cutanee tipo orticaria** vengono trattate con antistaminici e cortisonici con accesso e osservazione in Pronto Soccorso per le forme più acute e diffuse.

- Le **reazioni di tipo anafilattico** vengono trattate con adrenalina intramuscolo, ossigenoterapia, infusione endovenosa di liquidi, somministrazione di antistaminici e di cortisonici, adeguata osservazione clinica in Pronto Soccorso e successivo, eventuale, ricovero ospedaliero.

- Le **reazioni sistemiche, di tipo non immediato**, possono variare molto in intensità e manifestazioni cliniche. Le **reazioni lievi** di tipo eczematoso possono necessitare unicamente di terapia steroidea locale. Le **reazioni cutanee** diffuse a tipo rash maculo papuloso necessitano di solito di antistaminici e cortisonici per bocca per un congruo periodo di tempo. Le gravi reazioni cutanee, con coinvolgimento anche di altri organi e apparati (es. Necrolisi Epidermica Tossica, sindrome di Stevens–Johnson, sindrome DRESS) necessitano, solitamente, di ricovero ospedaliero con esecuzione di esami ematologici e di trattamento di supporto, costituito da liquidi, farmaci cortisonici ed antistaminici per via sistemica.

In alcuni casi selezionati è possibile proporre una desensibilizzazione[8] sottoponendo il paziente a somministrazione di dosi crescenti del farmaco indagato fino all'induzione di tolleranza, senza disturbi, di una dose terapeutica. Tale procedura deve essere eseguita in ambiente specialistico.

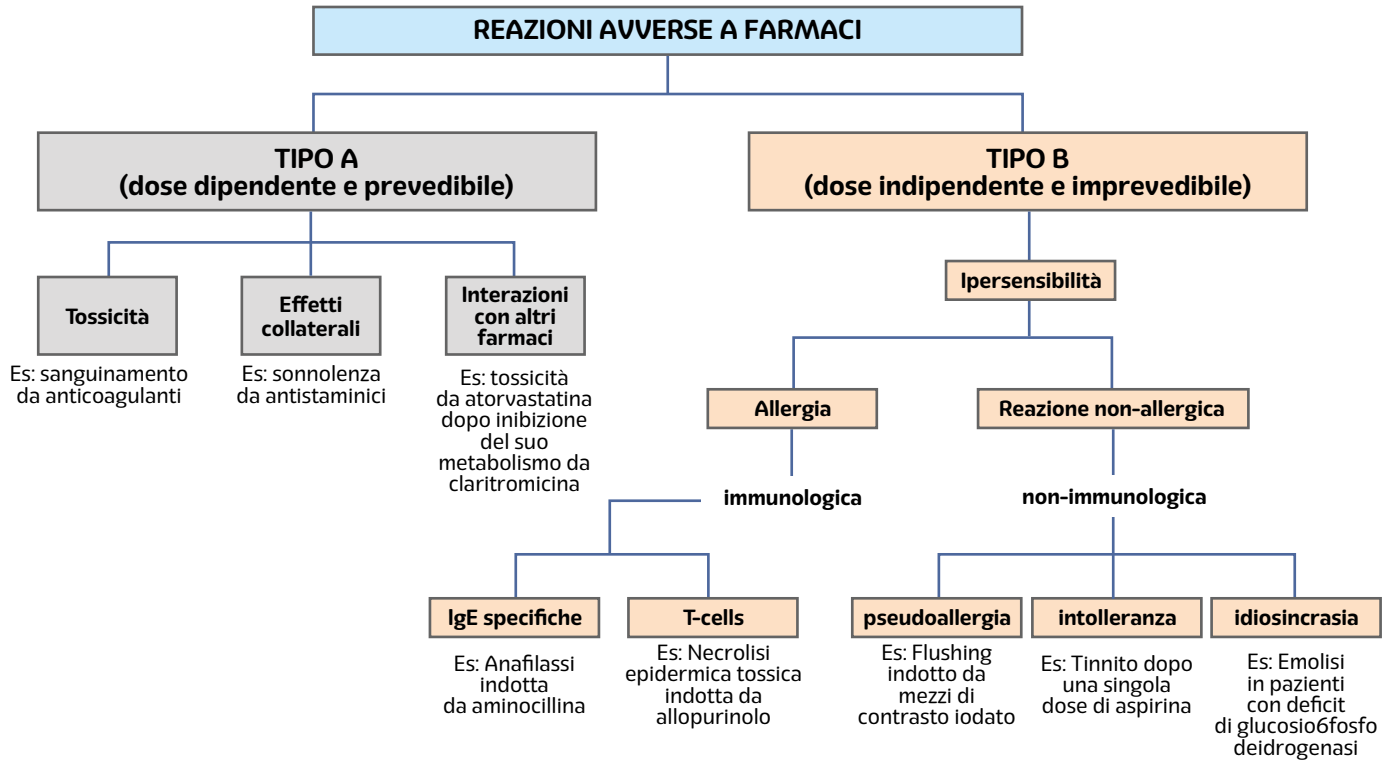


Figura 1 - Reazioni avverse a farmaci. Adattata da[1]

La desensibilizzazione è una pratica che può risultare utile nel campo oncologico dove sono possibili reazioni avverse a farmaci chemioterapici, consentendo di conservare opzioni terapeutiche di prima linea. La desensibilizzazione può rivestire un importante ruolo in Cardiologia per quei pazienti che necessitano di terapie antiaggreganti.

Bibliografia

1. *Doña I, et al. An EAACI task force report: recognising the potential of the primary care physician in the diagnosis and management of drug hypersensitivity. Clin Transl Allergy 2018;8:16.*
2. *Cabrera M, et al. Current allergy educational needs in primary care. Results of the EAACI working group on primary care survey exploring the confidence to manage and the opportunity to refer patients with allergy. Allergy 2022;77:378-87.*
3. *Demoly P, et al. International Consensus on drug allergy. Allergy 2014;69:420-37.*
4. *Krishna MT et al. A multicentre observational study to investigate feasibility of a direct oral penicillin challenge in de-labelling 'low risk' patients with penicillin allergy by non-allergy healthcare professionals (SPACE study): Implications for healthcare systems. J Infect 2024;88:106116*
5. *Drug allergy: diagnosis and management Clinical guideline 2014 www.nice.org.uk/guidance/cg183*
6. *Bilò MB, et al. Anaphylaxis. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2021;53:4-17.*
7. *Lee EY, et al. Diagnosing and managing DRESS amidst remaining uncertainty. J Allergy Clin Immunol Pract 2025:S2213-2198(25)00190-4.*
8. *Cortellini G, et al. Clinical approach on challenge and desensitization procedures with aspirin in patients with ischemic heart disease and nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity. Allergy 2017;72:498-506.*

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

SIMG DIGITAL LEARNING CENTER

powered by Multipla
Multicontent Learning Platform

IL PORTALE SIMG PER LA TUA FORMAZIONE

Vieni a scoprire SIMG Digital Learning Center,
il portale dedicato alla tua formazione medico scientifica.
Con un unico account potrai seguire corsi di formazione
(ECM e NON ECM) e fruire di tanti contenuti formativi,
video pillole, talk show, dirette streaming, survey e altro ancora

Cosa aspetti, sono oltre 130.000 gli utenti già iscritti!

Ti aspettiamo su
learningcenter.simgdigital.it

LearningCenter è un prodotto distribuito da
VITS - Virtual Training Support Srl
Via A. Cesalpino, 5b - 50134 Firenze (Italy)

All Rights Reserved - Copyright © 2024

NOTE

Progetto sponsorizzato da
Abiogen Pharma

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE
02 2025 VOL. 32
Società Italiana di MEDICINA GENERALE

Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie
Via Del Sansovino 179 • 50142 Firenze
Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315
www.simg.it • segreteria@simg.it