

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

CI RACCONTIAMO
XIII EDIZIONE

A cura di Maria Zamparella

Redazione: Lucia Cantatore, Elisabetta Cataldi, Angela Emanuela Castoro, Antonio Centrone, Claudia Colella, Grazia Contessa, Eugenio Corrado, Michele Damasco, Lorena de Bari, Giuseppe De Fini, Francesco De Martino, Antonio Di Palo, Carla Fasano, Silvia Giombini, Ignazio Grattagliano, Filomeno Gravili, Roberta Manzari, Stefania Manzari, Maria Isa Pia Marinelli, Marianna Masotti, Antonia Maria Nunzia Mezzina, Grazia Moretti, Giacomo Muschitiello, Claudia Parisi, Roberta Perrino, Alessia Piscitelli, Angelo Polo, Francesca Sannino, Margherita Sblendorio, Angela Serafino, Teresa Tricarico, Vita Verzillo, Maria Zamparella

La RICERCA In Cure Primarie

"Continuiamo a raccontarci..."

a cura di Maria Zamparella

UNA FINESTRA SUI
NOSTRI LAVORI

I lavori presentati e pubblicati
al
WONCA Europe
2022



30 June - 1 July 2022 | London



ABSTRACT ID: 379
**Gynecological screening
revisited in times of pandemic**

Authors: M. Zamparella,
V. Verzillo, R. Lo Vecchio, F.
Gravili, M. Damasco.

Background: The impossibility of accessing to screening is one of the many difficulties that the female universe has had to face in the pandemic era. **AIM:** to evaluate HPV epidemiology, cervical cancer prevention, emerged evidences, screening procedures criticalities, PAP-Test failure, and the strategies to increase adhesion. **Materials and Methods:** retrospective observation (March2020-March2021, ASLBari) was performed in 649 women (25-64

"Continuiamo a raccontarci..."

Siamo alla XIII edizione, non siamo ancora tornati ad una vita "normale" la pandemia COVID19 è ancora tra noi e, purtroppo, in quest'anno abbiamo dovuto salutare per sempre una collega in Formazione Specifica per la Medicina Generale, Debora Bovino.

Tutti noi, colleghi in formazione del triennio 2019-2022, il Coordinatore C.A.I. ed il Tutor di Medicina Generale, la vogliamo ricordare con piccole nostre riflessioni e dedicare a lei questa EDIZIONE del Giornale con la consapevolezza anzi, la certezza che le regaliamo tanta gioia per la sua voglia di sapere, conoscere, crescere, curiosità ed amore per le Cure Primarie che manifestava in ogni suo gesto o discorso.

"Dolcezza, è senza dubbio la prima parola che viene in mente pensando alla nostra Debora. Estrema, infinita dolcezza in ogni gesto e in ogni parola.

Ci siamo conosciuti tutti tramite il freddo schermo di un PC, nelle primissime settimane del corso di formazione specifica, ma di Debora la prima cosa che è risultata evidente era la sua dedizione al lavoro e la passione smisurata per la medicina generale, la ferma convinzione che la sua strada fosse quella del medico curante, di colui che "si prende cura" dei suoi pazienti.

Ci siamo poi conosciute di persona soltanto diversi mesi dopo, condividendo lunghi viaggi in treno, scambiandoci consigli, aneddoti, esperienze di vita. Debora era sempre attenta, precisa, una professionista che cercava costantemente di migliorarsi. Ma era anche un'ottima amica, sempre allegra e disponibile. Abbiamo potuto condividere l'esatta metà del nostro percorso formativo, un percorso fortemente voluto e fermamente scelto da lei. Scoprire la sua scomparsa, quella mattina del 15 marzo, è stata una doccia gelata che ancora oggi ci fa rabbrivire, qualcosa che ancora oggi fatichiamo a credere.

Debora ci ha lasciato in eredità un gigante esempio di coraggio, nell'affrontare la sua malattia, e la sua passione, che cercheremo sempre di portare con noi, per essere e dare sempre il meglio nella nostra professione, come voleva LEI"

years) to evaluate number of screened women and of women who continued the 2nd level investigations; number of cervical cancer/ASC-US diagnosis and of HPV vaccination. Conventional PAP-Test/colposcopy/cervico-vaginal targeted biopsy/citology were used. Exclusion criteria: previous positive cytology/histology; treatment for cervical cancer/SIL within the past five years; hysterectomy; pregnancy. Lastly, the number of invitations to screening was compared to the examinations performed in the observation period vs2019 using the ONS Survey. **Results:** Suspension of invitation to screening (March/August 2020). Screening re-started in September 2020 with the usual letter procedure. Data: PAPs performed were 939 (March2019-March2020) and 649 (34 positive: 4 vaccinated for HPV; many will join to vaccination after the positive result) from March2020 to March2021. A phone recall has been activated allowing 87 (4 positive) Thin Preps (1st July/31st August 2020). Criticalities: non-sharing of data with GPs, health inequalities (we tried implementation for a social rebalancing), absence of innovative communication strategies. **Conclusions:** It is essential to reflect on GP role in screening by implementing pathways for sharing protocols

"Continuiamo a raccontarci..."

"La risata piena e contagiosa di Debora mi rimbomba nella testa, vivida come fosse ieri l'ultima volta che l'ho ascoltata.

Studiare fuori e tornare a casa non è facile e, la pandemia ha creato non poche difficoltà e reso impossibile conoscere e familiarizzare con i compagni di corso per un lungo periodo.

Ma lei era lì al mio fianco primo giorno di frequenza al distretto, unite in questo nuovo percorso che, anche con alcune vicissitudini personali molto simili ci ha unite. Sì, unite per organizzarsi a prendere il treno insieme, ad occupare i posti vicini per le lezioni, a seguire lo stesso reparto e ad immaginare, un domani, un ambulatorio di medicina generale condiviso.

Debora era attenta e scrupolosa, col suo taccuino sempre a portata di "tasca" nel camice non si perdeva una sola nozione di ciò che imparavamo giorno dopo giorno; era generosa e disponibile, pronta a condividere quel che "appuntava" ed io dimenticavo facendo affidamento alla mia sola memoria. Era devota alla medicina generale, esser parte di questo corso era fonte di felicità cui lei ha reso onore in tutto e per tutto per essere stata sempre presente, ad ogni lezione, fino all'ultimo respiro!!!

Io ho perso un'Amica, ma noi tutti abbiamo perso una persona eccezionale ed una collega preziosa."

"Debora, collega preparata ed entusiasta. Dopo la conoscenza "on line" ho avuto modo di conoscere personalmente Debora ai seminari dell'etica medica e al congresso di oncologia svolti nell'autunno 2021. Ha manifestato la sua competenza specialmente in oncologia e la sua grande sensibilità ed umanità verso i pazienti. Parlava spesso dell'importanza della relazione medico paziente, pilastro fondamentale della medicina generale; nella discussione metteva in evidenza come evitare termini difficili e sconosciuti al paziente per il consenso informato, per spiegare ad al paziente che è affetto da una patologia maligna, come comunicare ai parenti notizie "non buone" relative alla salute e come saper gestire la famiglia. E' stata maestra nell'insegnarci quello che gli inglesi descrivono con la frase "show that you care"(fai vedere che ti importa); essere vicino ai pazienti è importante tanto quanto la terapia stessa!!!

Grazie Debora per averci regalato lezioni di umanità e di vita reale!!!

(BIG DATA) and by using multidisciplinary approach and innovative communication tools to create synergy, increase adhesion and fill up the "GAP" for health inequality.



"Continuiamo a raccontarci..."

"Debora ha frequentato il mio ambulatorio per gli ultimi 4 mesi. E' entrata in punta di piedi il primo giorno ed è uscita l'ultimo in silenzio. Era molto riservata, tranquilla, rispettosa, mai inopportuna. Solo gli ultimi giorni mi ha raccontato la sua storia medica, le sue tante traversie, i suoi tanti interventi chirurgici, i suoi problemi. Quello che mi ha colpito in questo suo racconto e nel suo vissuto non era tanto quello di considerare guaribile o meno la sua malattia quanto quello di farcela per la vita stessa ma soprattutto per poter essere poi un medico, un medico di famiglia, preparato bravo attento ai tanti particolari del nostro lavoro. Nel suo rimpianto c'era proprio questo, quello cioè di non aver potuto dare il massimo per apprendere in quei mesi di frequenza, perché diceva il pensiero mi corre altrove... Ci siamo messaggiati fino al penultimo suo giorno di vita mentre era attanagliata da fortissimi dolori in ospedale.

La figura e la storia di Debora sono emblematici per comprendere il "pazzesco" ruolo che occupa a volte il medico-paziente, che potrebbe anche essere il paziente di sé stesso, ma che come nel suo caso il paziente si affida cecamente e fedelmente alla scienza e alle mani dei colleghi. L'ultimo giorno che ci siamo visti, mi chiese "Dottore" (mi chiamava sempre così nonostante le avessi ripetuto più volte che tra colleghi ci si chiama per nome!) mi permetterà di rifrequentare di nuovo da lei quando tutto sarà finito e sarò guarita finalmente? R.I.P.

Ciao Debora,
i tuoi colleghi del Triennio CFSMG 2019-2022,
il tuo Tutor Ignazio Grattagliano e
il tuo C.A.I. Maria Zamparella

UNA FINESTRA SUI
NOSTRI LAVORI



ABSTRACT ID: 360

**Anti-SARSCoV2 vaccinal
campaign in general practice**

Authors: M. Zamparella, N.
Calabrese, F. Anelli

Background: GP has tasks for the prevention of chronic, acute and infectious diseases and, therefore, in our Health organization, GPs must have a role in the anti-SARSCoV2 vaccination campaign. **Aim:** to highlight the initial and real data of the anti-SARSCoV2 vaccination coverage and all its related criticalities and positivities: increase in workload; impact on QoL of GPs for the management of the pandemic; implementation of initiative and proximity medicine. **Material and methods:** a Survey (April-July 2021) of 15 questions was used and disclosed online to Bari-ASL GPs (865). **Results:** 35% responded to the Survey; 255.000 vaccines were administered in the observation period (9% at home); 50% of GPs refers a workload of 2-3 hours a day for the whole week, also using many weekends; 80%

"Continuiamo a raccontarci..."

..... poiché

"La ricerca soddisfa i bisogni professionali ed in tal senso la ricerca può fornire motivazioni. La ricerca è Formazione".



Maria Zamparella

zamparella.maria@gmail.com

vaccinated outside surgery hours, 66% on weekends. The entire structured micro-Team was committed for 85% whereas the occasional team for 12%. 100% of the patients forced at home were vaccinated at home by GPs (an average of 100 pts each) who took about 1 hour for each vaccine. For 19%, the doctor-patient relationship worsened whereas it improved for 42% of GPs. It created anxiety and particular emotional states in 64% of GPs and affected the quality of family life in 71%. **Conclusions:** GP has made it possible to increase the number of vaccinated subjects among the population at major risk of mortality and of serious COVID19, has "affirmed" its role in vaccination campaigns and in the pandemic management and has implemented initiative medicine.



AGGIORNAMENTO

“MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE”

Lo slogan coniato nel 2013: “Malattie Rare senza frontiere”, è ancora attuale poiché in molti Paesi non ci sono possibilità o conoscenze per la corretta diagnosi o per i trattamenti. L’unica modalità perché si possa raggiungere un alto livello di accesso, a cure e farmaci per tutti ed ovunque, è la collaborazione internazionale affinché si possano studiare meglio le oltre 6.000 malattie rare, condividere conoscenze e risorse.

Esiste anche una giornata mondiale delle M. R. per promuovere la consapevolezza tra i cittadini. Ogni anno viene celebrata, l’ultimo giorno di Febbraio, nella quale le associazioni di pazienti di tutto il mondo ed i loro partners istituzionali o clinici, uniscono le loro forze per far conoscere alla gente, l’impatto che le M. R. hanno sui pazienti, sui caregivers e sull’intera società. La prima giornata fu organizzata da EURORDIS (Organizzazione Europea per le M.R.) nel 2008; nell’ultima giornata, il 29 Febbraio hanno partecipato 63 nazioni e regioni in tutto il mondo, compresi i 27 Stati Membri dell’Unione Europea, ai quali si sono aggiunti altri paesi come Bahrein, Islanda, Israele, Palestina e Singapore. Queste giornate e manifestazioni varie, sono state anche una spinta nella ricerca con avanzamento delle politiche Europee sulle M.R.

Ricadute positive ci sono state anche in Italia, dove, come previsto dal piano nazionale di M.R., ci sono state nuove proposte. Con la Conferenza Nazionale EUROPLAN organizzata da UNIAMO (Federazione Italiana M.R. Onlus) insieme ad altri attori istituzionali, si è fatto il punto della situazione con la collaborazione di società scientifiche ed agli stessi presidi della rete nazionale per poter migliorare le proposte del piano relativo al 2013. Si auspica l’unione nel mondo perché ci sia ‘armonia’ nelle cure e stesso livello di accesso ai trattamenti ed ai farmaci, alto livelli di interesse, non solo per clinici, ricercatori e sanitari in genere ma

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



ABSTRACT ID: 380 Disease risk score and COVID19 epidemiological survey in primary care

Authors: M. Zamparella, V. Gasparre, G. Colucci, V. Contursi

Background: SARS-CoV2 pandemic and socio-health emergency has induced interest in prophylaxis, drug therapy and epidemiological aspects and also for "real life" evidences. **AIM:** to evaluate COVID19 prevalence and sex/age distribution, percentage of positivity at the oral-pharyngeal swab, influence of comorbidities on pandemic related incidence, recovery or death. **Materials and Methods:** The study (April -September 2020) is divided into 2 Phases: retrospective compilation for pts (> 18 yrs, last 14 days of isolation) of a Self-Assessment COVID19 Risk-Form and online survey for GPs. **Results:** 222 GPs replied; 150 patients enrolled (M53.3%/F46.7%; smokers 15.3%, comorbidity Risk 31%: Cardiovascular 80%, Diabetes 13%, Oncological 10%,

"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

anche per esperti della comunicazione e della formazione, del volontariato e delle associazioni; occasione per l'avanzamento delle frontiere nella ricerca, impegno delle istituzioni sui farmaci orfani, sulla tempestività nella diagnosi e assistenza al "malato raro".

Secondo l'Osservatorio M.R., la prima agenzia giornalistica completamente dedicata alle M.R. ed ai tumori rari, tali patologie sono in aumento e se ne scoprono di nuove frequentemente. Una malattia si definisce rara quando la sua prevalenza, intesa come numero di casi presenti su una data popolazione non supera una soglia stabilita. In U.E. la soglia è fissata allo 0,05% della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone. Il numero delle M.R. conosciute e diagnosticate, oscilla tra le 7.000 e 8.000, ma è una cifra che cresce con il progresso della ricerca genetica, per cui possiamo parlare di milioni di persone in Italia e decine di milioni in tutta l'Europa.

Secondo la rete Orphanet Italia, nel nostro paese, i malati rari sono circa 2 milioni e nel 70% di casi si tratta di pazienti in età pediatrica. In base ai dati del Registro Nazionale delle M.R. dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS) le più note sono la Sindrome di Ehlers Danlos, Progenia o Progeria, Sindrome di Morgellons, il Vaiolo, la Distrofia muscolare di Duchenne, la Palatoschisi, l'Emofilia, la Lebbra (o morbo di Hansen), la Fibrodisplasia Ossificante Progressiva, l'Osteogenesi imperfetta, il Tumore della lingua, la Sclerosi laterale amiotrofica, Neurofibromatosi...

Per curiosità una tra le più rare al mondo è la Sindrome di Sneddon (SS) vasculopatia trombotica non infiammatoria, caratterizzata da eventi cerebro-vascolari e da Levedo Racemosa, una particolare colorazione violacea della pelle di arti e tronco, conseguente a disturbi della circolazione.

Vi è enorme eterogeneità anche nella classificazione delle M.R., poiché in Europa colpiscono meno di 1 individuo su 2.000, in Giappone 1 su 2.500, in America sono rare con 1 individuo su 1.500; per cui quando ci si interessa di M.R., sia per studi clinici, per progettare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, o

Haematological 4.2%, Respiratory 3%, Immunological 3%, Renal 1.4%), vaccinated for influenza 41.3%; positive to the molecular test 60.4%). Symptoms: myalgia/diarrhea/asthenia/fever >37.5 °C in the first 3 days/nasal congestion. 94.1% of GPs ordered the quarantine for close contacts (79%), coming from other regions (66.2%), positive asymptomatic (46.7%) and symptomatic 55.2%; 36% hospitalized and, for those home-treated, the treatment was: Hydroxychloroquine (20%) /Azithromycin (49.5%)/EBPM (6.3%)/Cortisone (16.2%)/Paracetamol (46%)/Various supplements (1.4%)/Antivirals (0.5%)/None (22.5%). For GPs: 95.9% have changed work organization (87.4% access by appointment and 59% used home care only for emergencies), 82.4% consider insufficient in GP DPI measures adopted at National/Regional level (80.2% received DPI late), 41.4% received information/training support, 82.3% used the USCA.

Conclusions: Covid19 infection/development/morbidity/mortality are prevalent in older patients and in those with multiple risk factors, confirming the already known data; a self-assessment/"Disease Risk Score" form is required to identify the risk of disease and for an optimal home monitoring; digital-health is necessary to improve health, proximity and initiative medicine; GP-

"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

semplicemente per capire lo stato di disagio di chi ne è affetto, colpisce l'estrema eterogeneità che le caratterizza. Le M.R. sono, infatti, molto eterogenee per età di insorgenza, eziopatogenesi, sintomatologia e possono interessare uno o più organi ed apparati dell'organismo.

Dal punto di vista scientifico, epidemiologico e clinico, le M.R. costituiscono una delle migliori sfide alle scienze biomediche ed alle pratiche nazionali ed internazionali di sanità. L'eterogeneità riguarda anche le diverse definizioni a seconda della normativa nei vari stati. Negli Stati Uniti, negli anni '80 furono definite M.R., le malattie che riguardavano meno di 200.000 abitanti. A Singapore, dove fu approvata nel 1991 una normativa in materia di farmaci orfani, le M.R. furono definite in base ad un valore soglia che coinvolgevano meno di 20.000 persone. In Giappone nel 1993 l'Orphan-Drug-Regulation riconosceva come "rare" le malattie che interessavano meno di 50.000 abitanti; in Australia l'Orphan Drug Policy (1997) stabilì come M.R. le patologie con un valore soglia uguale o inferiore a 2.000 persone. L'eterogeneità delle M.R. riguarda non solo le diverse normative, secondo i dati epidemiologici ma anche in base a diversi criteri per identificarle (valore soglia, prevalenza, gravità, cronicità, rischio di vita). A complicare il tutto, ci sono le malattie "Patologie Tropicali Neglette", infatti, sarebbero condizioni endemiche in Paesi poveri in cui il mercato farmaceutico è scarsamente accessibile (per l'alto costo dei farmaci ed il basso reddito delle popolazioni oltre alle limitazioni imposte dagli accordi internazionali), ma non frequenti nei Paesi più ricchi. L'eterogeneità considera diverse le M.R. in alcuni Paesi come in Italia ad esempio infrequenti; rimangono escluse alcune patologie, come la Sindrome di Ondine o Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita che ha una prevalenza di 1 abitante su 200.000 quindi una quarantina di persone nel Paese. E' evidente dunque che il riconoscimento formale in termini di rarità non dipenda da criteri definiti a priori (prevalenza, gravità, disabilità e cronicità), ma da molti elementi contestuali. Le M.R. sono, quindi, sempre potenzialmente in grado di generare

reorganization can no longer be postponed considering the active and fundamental role of GPs in the management of the pandemic.

BORGHI RIVA SCORRE COVID-19	
SCHEDA DI AUTOREGISTRAZIONE - SEGRETO E SINTOMI ULTIMI 14 GIORNI	
Nome	Cognome
Data di compilazione	
Criterio Epidemiologico	
☐ Esporsi in ambiente familiare o in altro ☐ Contatti con persone rientrate da località a rischio ☐ Contatti in Italia con malati di COVID-19 ☐ Contatti con casi sospetti ad alto rischio	
Criterio Clinico	
☐ Sintomi respiratori ☐ Febbre >38°C ☐ Tosse ☐ Dispnea/affanno	
Criterio di isolamento	
☐ Isolamento del paziente (seguire le indicazioni sanitarie) ☐ Isolamento in ambiente familiare ☐ Isolamento in struttura sanitaria ☐ Isolamento in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie) ☐ Isolamento in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie) ☐ Isolamento in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie)	
Criterio di assistenza	
☐ Assistenza domiciliare ☐ Assistenza ospedaliera ☐ Assistenza in struttura sanitaria ☐ Assistenza in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie) ☐ Assistenza in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie)	
REQUISITI CLINICI	
☐ Sintomi respiratori ☐ Febbre >38°C ☐ Tosse ☐ Dispnea/affanno ☐ Isolamento del paziente (seguire le indicazioni sanitarie) ☐ Isolamento in ambiente familiare ☐ Isolamento in struttura sanitaria ☐ Isolamento in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie) ☐ Isolamento in struttura sanitaria (seguire le indicazioni sanitarie)	

"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

ripensamenti, revisioni e rivalutazioni dei sistemi di classificazione esistenti. Per tali malattie non venne finanziata adeguatamente la ricerca per i trattamenti, vennero detti farmaci orfani, poiché nessuna compagnia li voleva commercializzare. Durante gli anni '70 fu costituita un'organizzazione denominata Nord National Organization For Rare Disorders al fine di fornire servizi ed i fare pressione a nome dei pazienti con malattie e disagi rari. L'Orphan Drug Act creò incentivi finanziari per la ricerca e la produzione di tali farmaci orfani. Fu istituito un Office Of Rare Diseases (ORD) un organo che assunse l'incarico di promuovere lo sviluppo di prodotti promettenti per la diagnosi e/o trattamento di condizioni rare e di stipulare collaborazioni con enti di ricerca, con professionisti ed enti governativi, con le industrie farmaceutiche e con le stesse associazioni di pazienti affetti da M.R. L'ORD fornì, inoltre, supporto alle Rare Disease Clinical Research Network (RDCRN), che era composta da 10 consorzi di ricerca clinica e al Data And Technology Coordinating Center. Garantì, infine, un sostegno alla ricerca clinica, alla ricerca di base ed alla attività dei gruppi di interesse dei pazienti.

Se ciò avveniva in America, in Europa rifacendosi alle norme già esistenti rispetto al ruolo dell'Unione Europea nelle politiche sanitarie e alle sue relazioni con gli stati membri (art. 3 e 129 del trattato – in official journal of the european communities 1999/L. 155), l'autorità centrale riconfermava la propria posizione sia mediante la normativa stessa, sia con la volontà di adottare un programma d'azione comunitaria sulle M.R..

Le M.R. per l'80% sono malattie genetiche e per il restante 20% causate da infezioni, allergie, malattie a carattere degenerativo (malattie neurologiche) e malattie proliferative (tumori). Nella maggior parte le M.R. sono causate da mutazioni di uno o più geni e con le nuove tecniche più efficaci di diagnostica, se ne scoprono sempre di più. Di norma sono debilitanti, a carattere cronico o permanente o con conseguenze fatali. Riguardano "poche" persone per cui non sono molto studiate, la comunità medico-



“MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE”

scientifica dedica poche risorse di tempo, coinvolgimento e risorse economiche, perciò è difficile che chi ne sia affetto abbia una cura, perciò si definiscono anche malattie orfane.

Nel mondo ci sono più di 300 milioni di casi di M.R. e nel 70-75% sono bambini, le statistiche ci dicono che il 30% dei bambini muore entro il 5° anno di vita; il 35% entro il 1° anno di vita. Non c'è un solo farmaco per il 95% di tali malattie approvato dalla FDA (ente per farmaci in America); il 50% di tali malattie non gode di una fondazione per la ricerca e di trattamenti adeguati. Quasi l'80% delle malattie pediatriche ha causa genetica. Cause diverse: mutazioni genetiche nel DNA di un particolare gene ma anche alterazioni cromosomiche a carico di più geni per cui è difficile inquadrare in modo rigido le diverse M.R.. Vi è un'alta percentuale dell'85% di queste malattie che di fatto rendono alcune malattie “ultra rare” avendo frequenza inferiore ad un caso per milione, pazienti pediatrici con fenotipi complessi, disabilità intellettiva e dismorfismi. L'alterazione cromosomica può avvenire sia prima che durante l'incontro tra la cellula uovo e spermatozoo.

La diagnosi può avvenire prima del parto grazie all'amniocentesi, ovvero lo studio del DNA, che consiste nell'effettuare diversi esami al feto, tra cui anche lo screening genetico multiplo in modo da rilevare, se esistenti, le malattie genetiche più diffuse tra la popolazione. Alcune diagnosi si fanno al momento della nascita, alcune entro i due anni di vita del bambino. Lo screening neonatale è fondamentale ! Il 70% delle M.R. è presente già alla nascita. Lo screening permette di riconoscere subito la patologia del neonato che può essere indirizzato per un percorso adeguato di terapia e presa in carico della malattia. Il panel esteso di screening neonatale italiano comprende più di 40 patologie, è fra i migliori al mondo ma potrebbe essere ampliato inserendo altri 6 test.

Verrebbero inseriti la SMA (atrofia muscolare spinale) che è già stata inserita in alcune regioni, in Lazio e Toscana ed altre malattie da accumulo: la mucopolisaccaridosi; malattie di Fabbri, di Gaucher e di Pompe che sono state inserite in via sperimentale nel nord Italia. Oltre a queste malattie andrebbero inserite le



NEWS



NEWS

CERTIFICAZIONI PER ESENZIONE VACCINAZIONE anti-SARSCoV2

I vaccini sono una delle più importanti conquiste della medicina e rappresentano un metodo efficace e sicuro per proteggere dalle malattie infettive e dalle loro possibili complicanze. La sicurezza dei vaccini costituisce un elemento essenziale della ricerca scientifica purtuttavia ciò non impedisce che vi possano essere delle reazioni avverse in relazione alla somministrazione dei vaccini. Nonostante ciò la vaccinazione rappresenta la scelta più sicura.

Pertanto, soprattutto per la vaccinazione anti-SARSCoV2, vaccino allestito in tempi rapidi per esigenze pandemiche, le controindicazioni alla vaccinazio-

“MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE”

immunodeficienze congenite e l’adrenulocodistrofia.

Lo screening esteso, in Italia comprende la ricerca di possibile presenza di 49 diverse malattie. Tra queste la fibrosi cistica, l’ipotiroidismo congenito, la fenilchetonuria già obbligatorie dal 1992 ed altri difetti congeniti del metabolismo intermedio. In Italia per legge viene eseguito tra le 48 e 72 ore di vita, in caso di positività si viene indirizzati a centri più specializzati dove si completano le indagini. Ciò al fine di ridurre o di eliminare effetti della patologia che potrebbero causare sintomi ed effetti gravi, come danni permanenti al sistema nervoso, disabilità intellettive fisiche dello sviluppo e in alcuni casi la morte.

Si esegue un prelievo di poche gocce di sangue dal tallone del bambino e si fa assorbire ad una carta speciale assorbente per raccogliere il campione di sangue. La carta rappresenta la scheda su cui si andranno a coprire tutti i cerchi, zone utili allo screening (spot); in seguito la scheda verrà inviata al laboratorio di riferimento.

In caso di positività si procede alla presa in carico del piccolo nel centro clinico di riferimento che provvederà ad iniziare il trattamento dietetico specifico, terapia farmacologica o anche un’attenta sorveglianza. I laboratori di riferimento per lo screening neonatale sono censiti dal Rilevamento SIMMESN (società italiana per lo studio delle malattie metaboliche ereditarie e lo screening neonatale). Con l’introduzione della spettrofotometria di massa tandem (MS/MS) si è reso possibile identificare circa 50 errori congeniti del metabolismo quali aminoacidopatie, compresi i difetti del circolo dell’urea; acidurie organiche, difetti della Beta ossidazione degli acidi grassi. Alcune società tra cui la SIP (società italiana di pediatria) , SIN (società italiana di neonatologia) e UNIAMO (federazione italiana malattie rare) stanno collaborando attivamente con il ministero della salute affinché il panel si ampli. In un modello di presa in carica di persone con M.R., il pediatra e l’MMG devono per forza trovare un loro spazio in modo da poterli mettere in contatto con i centri di competenza. E’ prioritario prestare una maggiore attenzione a questi passaggi di informazio-

**CERTIFICAZIONI PER
ESENZIONE VACCINAZIONE
anti-SARSCoV2**

ne hanno l'obiettivo di rendere disponibile al personale sanitario decisioni operative basate su dati che consentono di migliorare i livelli di sicurezza e appropriatezza.

È importante considerare che la somministrazione di vaccino in presenza di controindicazioni può aumentare il rischio di reazioni avverse gravi ma per evitare che alcune condizioni possono essere considerate erroneamente delle vere controindicazioni è necessario una continua formazione ed aggiornamento per i medici vaccinatori.

Quindi, le vere controindicazioni alla vaccinazione sono solo la presenza di condizioni di gravi reazioni avverse.

La presenza di tali condizioni che controindicano la somministrazione del vaccino in oggetto deve essere certificata con rilascio di "esenzione alla vaccinazione anti-SARSCoV2".

Tale certificazione in un primo momento è stato possibile, fino al 30 settembre 2021, solo in modalità cartacea e successivamente in modalità telematica con la condizione di convertire in telematici tutti i certificati rilasciati antecedentemente.

La certificazione per l'esenzione

"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

ne tra centri di competenza e territorio e tra medici e paziente stesso. La transizione dal pediatra al medico dell'adulto è un argomento che si deve affrontare poiché grazie ai nuovi trattamenti ed alle nuove modalità di presa in carica, i pazienti con M.R. vivono di più, diventa quindi essenziale garantire un percorso adeguato.

Ma ci sono tutele per questi pazienti? Per chi è affetto da M.R. si ha diritto a diagnosi gratuita ed all'esenzione del ticket e all'erogazione gratuita di farmaci se esistono. Questi pazienti vivono una condizione di maggiore fragilità soprattutto perché l'accesso alla terapia farmacologica autorizzata a livello nazionale dall'Agenzia Italiana del Farmaco, non è omogeneo o ugualmente tempestivo sull'intero territorio. Nel nostro Paese, proprio per garantire un accesso omogeneo, sono state emanate disposizioni mirate come la legge n. 283 del 10 nov. 2021 per la cura delle M.R. e per il sostegno della ricerca e della produzione di farmaci orfani. Legge entrata in vigore dal 12-12-2021. Precedentemente era in vigore il piano nazionale M.R. 2013-2016 approvato dalla Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 16 ott. 2014. Il piano nasceva dall'esigenza di dare unitarietà all'insieme delle azioni intraprese nel nostro Paese, nel settore delle M.R. da parte del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore della Sanità e delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale per rispondere alle necessità sempre più impellenti di condividere con tutti gli attori del sistema una strategia nazionale di pianificazione delle attività. Questo impegno era stato richiesto dall'Unione Europea attraverso le Raccomandazioni 2009 con la quale la Commissione ed il Consiglio d'Europa hanno indicato agli Stati Membri la necessità di adottare un "Piano Nazionale" entro il 2013. Il piano si dedica ad analizzare gli aspetti più critici dell'assistenza, focalizzando l'attenzione sulla rete dei Presidi, sul sistema di monitoraggio/Registro Nazionale e Registri Regionali, sui problemi legati alla codifica delle M.R. e alle banche dati, ma soprattutto sul percorso diagnostico ed assistenziale senza dimenticare gli strumenti per innovazione terapeutica (tra cui i farmaci orfani) ed il

**CERTIFICAZIONI PER
ESENZIONE VACCINAZIONE
anti-SARSCoV2**

alla vaccinazione può essere anche temporanea in caso di condizioni cliniche che controindicano la somministrazione in quel determinato periodo.

Le figure sanitarie che rilasciano le certificazioni di esenzione alla vaccinazione sono:

- medici vaccinatori dei servizi vaccinali e dei servizi sanitari Regionali;
- MaP e PLs;

I soggetti certificatori hanno l'obbligo di archiviare la documentazione che ha consentito loro la certificazione di esenzione.

La certificazione di esenzione cartacea riportava i dati identificativi del soggetto e la dicitura di "soggetto esente da vaccinazione anti-SARSCoV2", la data di fine validità della certificazione (30-09-2021), timbro e firma del medico, n° dell'ordine dei medici e CF ma, non altri dati sensibili del soggetto (es. motivazione clinica dell'esonero).

La raccolta anamnestica e la valutazione della eventuale presenza di controindicazioni/precauzioni vanno effettuate ogni volta che si somministra un vaccino, anche se esso stesso è

"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

ruolo delle Associazioni, alle quali si devono molti progressi nel campo delle M.R. Un aspetto importante è la formazione come valorizzazione professionale degli operatori sanitari, requisito essenziale per assicurare la circolazione delle conoscenze da assicurare non solo ai professionisti della salute, ma anche ai malati e ai loro familiari.

Attenzione è poi riservata alla diagnosi precoce perché una difficoltà importante è ottenere una diagnosi tempestiva della malattia e ricevere un trattamento appropriato nella fase iniziale, quando è possibile un miglioramento della qualità della loro vita. Nella terza parte del documento sono illustrate le modalità e gli strumenti per il monitoraggio.

Il medico di Medicina Generale, spesso, è impossibilitato ad un'efficace presa in carico del paziente sia in età pediatrica che adulta, sia per mancanza di informazioni ma anche di strumenti utili in considerazione delle peculiarità di tali malattie, che esigono un approccio multidisciplinare ed olistico al paziente. Nel nostro sistema nazionale l'MMG è una figura professionale che viene a contatto con un numero elevato di soggetti sani e ammalati che si recano da lui più volte l'anno. Ne deriva che l'MMG occupa una posizione strategica nella diagnosi precoce di M.R. ed inoltre spesso fa il regista intervenendo nei rapporti con la famiglia, le istituzioni, il personale sanitario ed i centri di riferimento. Si calcola infatti, che tra 1500 assistiti di un medico di famiglia vi dovrebbero essere da 4 a 8 pazienti con M.R. anche quando la diagnosi viene effettuata da un centro di riferimento, spesso è il paziente stesso che funge da raccordo con il proprio medico, riportando i contenuti delle conversazioni e ponendo al proprio medico domande su prognosi e prospettive terapeutiche.

Di frequente l'MMG, con tutta la buona volontà, si trova sprovvisto di informazioni per aiutare il suo paziente, per cui obiettivo principale di un efficiente SSN dovrebbe essere quello di far crescere nei medici di famiglia la cultura delle M.R. per migliorare le risposte assistenziali e di conseguenza la qualità di vita dei propri pazienti. Ci vogliono anni per diagnosi per cui in tutto l'arco del loro

CERTIFICAZIONI PER ESENZIONE VACCINAZIONE anti-SARSCoV2

stato somministrato al medesimo soggetto.

Esistono tutta una serie di condizioni che possono rappresentare “controindicazioni” alla somministrazione di un vaccino: dall’ipersensibilità al principio attivo e/o agli eccipienti a, manifestazione di sindrome trombotica o di trombocitopenia o da perdita capillare.

La reazione grave allergica dopo una dose di vaccino è la controindicazione assoluta alla somministrazione di qualsiasi tipo di vaccino; tale reazione si presenta quasi sempre entro 30 minuti dalla vaccinazione.

Altre condizioni di controindicazioni e/o di precauzioni sono la sindrome di Guillan-Barre’, verificatesi molto raramente a seguito della vaccinazione e, la miocardite/pericardite verificatesi a seguito di somministrazione di vaccini ad m-RNA anti-SARSCoV2 che necessita di una valutazione cardiologica e, se opportuno di posticipo alla somministrazione del vaccino con rilascio di esenzione temporanea.

La gravidanza non è una condizione di controindicazione e, comunque, alla donna

“MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE”

iter curativo, dalla diagnosi alla terapia, in mancanza di terapie farmacologiche specifiche, il controllo della malattia, delle complicanze e la presa in carico del paziente diventa complicata.

L’MMG si trova di fronte ad un assistito in cui la malattia progredisce e porta invalidità e disabilità tanto in età pediatrica quanto in età adulta. Mancano a tutt’oggi strumenti che aiutino l’MMG nella sua formazione e nel lavoro quotidiano con i pazienti. In Lombardia ed in Toscana prima, ed in seguito in altre regioni, sono state attivati una serie di servizi on-line dedicati all’MMG per supportarlo quando è in difficoltà davanti al “malato raro”.

Andrebbero migliorate le carenze formative sulle normative vigenti, centri di riferimento locali, diritti all’esenzione ticket, sia carenze formative sotto forma di ECM-ASL-Industrie Farmaceutiche che garantirebbero al medico di famiglia il ruolo di indirizzare ad un centro specialistico al primo sospetto, di tramite tra centro e paziente e di garanzia della continuità assistenziale.

L’MMG, sulla base della profonda conoscenza del suo assistito e quindi della storia clinica passata, potrebbe annotare i dati importanti relativi alla patologia prima sospettata e poi accertata come diagnosi su una cartella informatizzata. Sarebbe più semplice, così, ricostruire accuratamente l’anamnesi familiare. L’MMG qualora avesse un sospetto diagnostico dovrebbe riconoscere i sintomi, avviare un iter diagnostico e dovrebbe interagire con il centro specialistico di riferimento. Sempre all’MMG spetterà il compito di veicolare la comunicazione della diagnosi e di conoscere in maniera approfondita l’ambiente familiare per offrire consulenza occorrerà garantire una continuità di processo nonché il piano assistenziale individuale e la continuità di relazione cioè medico di riferimento. L’ASL sarà garante della continuità dell’assistenza e tutela del paziente. La presa in carico spetterà all’MMG, controllarlo nel tempo, follow-up, l’aderenza alla terapia e gli effetti collaterali dei farmaci. L’MMG inteso come fulcro del SSN ha l’opportunità e la responsabilità di rappresentare l’elemento di incrocio tra reti orizzontali e reti verticali di assistenza e di realizzare una presa in carico globale del paziente e della sua

CERTIFICAZIONI PER ESENZIONE VACCINAZIONE anti-SARSCoV2

gravida che si è deciso di posticipare la vaccinazione va rilasciato un certificato di esenzione temporaneo.

Damasco Michele



"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

famiglia. Si auspica che in futuro cresca sempre più nell'ambito della medicina generale la cultura delle M.R, per migliorare le risposte assistenziali e di conseguenza la qualità della vita di chi è affetto e delle loro famiglie. Fondamentale sarà il passaggio di consegne dall'età pediatrica all'età adulta "conoscere per assistere", "una diagnosi corretta e precoce ed una gestione centrata, può volere dire evitare al paziente parecchi problemi". Si considera essenziale una gestione preparata e condivisa poiché, senza, si rischia di vanificare il risultato positivo della diagnosi stessa. In un nuovo modello sono individuati dei centri certificatori (reparti ambulatori di U.O. nei vari presidi ospedalieri per le M.R.) di presa in carica del paziente con M.R.. Ogni Regione identifica i centri e a loro è affidata:

- la certificazione della diagnosi
- l'inserimento nel registro regionale delle M.R.
- l'invio al referente per le M.R. della ASL di competenza del paziente, di tutta la documentazione inerente al paziente stesso compreso il PAI (Piano Assistenziale Individuale) che comprende il percorso terapeutico per quel paziente ed i presidi da fornire, le richieste dei farmaci e la programmazione dei controlli periodici.
- In ogni ASL vi sarà anche un comitato aziendale per M.R. affinché venga verificato il percorso garantendo la corretta applicazione dello stesso e per gestire le criticità.

Il paziente, quindi, con M.R. si recherà presso il distretto sanitario di appartenenza del Referente Distrettuale M.R. e consegnerà documentazione relativa alla diagnosi, compreso un codice di esenzione rilasciato dal Centro Certificatore (C.C.). Il Referente, verificato il codice di esenzione, prenderà visione delle richieste espresse dal C.C. attraverso il PAI e provvederà a garantirne la realizzazione.

La realizzazione del PAI sarà garantita anche attraverso la prestazione di eventuali visite ambulatoriali con accesso dedicato. Sarebbe utilissima la creazione di una piattaforma informatica dedicata, a valenza Regionale, che permettesse lo scambio di dati

“MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE”

ed informazione dei pazienti, con accesso diversificato per livello di responsabilità. Attraverso la piattaforma potrebbe avvenire uno scambio di informazioni cliniche tra strutture intra ed interaziendali a cui potrebbero accedere i referenti delle M.R., dei Centri Certificatori, Referenti M.R. Aziendali Distrettuali.

Così si realizzerebbe la nuova Mission non solo “curare” ma prendere in carica completamente un paziente. Ad oggi, comunque, ci sono ottimi centri di ricerca, uno dei migliori è il Policlinico Internazionale di Milano. Vi è un numero verde attivo per M.R. 800-89-69-49 il quale fornisce informazioni su M.R., su patologie riconosciute e non, sui farmaci, esenzioni, sui presidi di diagnosi e di cure e sulle associazioni.

Esiste una Rete Nazionale delle M.R. costituita da centri di diagnosi e cura definiti formalmente presidi accreditati, attraverso atti normativi, come strutture dedicate alla formulazione della diagnosi, all'erogazione delle prestazioni finalizzate al trattamento, alla prevenzione ed alla sorveglianza delle M.R..

La Banca Dati contiene l'elenco dei presidi per malattie rare riconosciuti dalle regioni ed i gruppi esenti per costo del ticket. (riconosciuti nell'allegato 7 del DPCM 12 gennaio 2017).

Cosa fare ? Il percorso comincia con la certificazione di M.R. L'MMG o lo specialista indirizza il paziente al centro della Rete per le M.R. che ritiene più idoneo per la specifica malattia consultando l'elenco ministeriale, poi si richiede l'esenzione alla ASL di appartenenza, in base alla residenza, presentando la certificazione con la diagnosi di una o più M.R., incluse nell'allegato 7 di cui sopra. La certificazione viene rilasciata dai presidi accreditati della Rete Nazionale delle M.R.

Per ogni M.R. vi è un codice di esenzione, tale codice è composto da sei caratteri (numeri e lettere) che, rispettando l'ordine progressivo dei settori previsti dalla classificazione ICD-9-CM permette eventuali confronti ed aggiornamenti:

- Il 1° carattere è la lettera R che indica che la malattia è rara;
- Il 2° carattere è una lettera che indica il settore della classificazione ICD-9-CM a cui la malattia o il gruppo di



**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

La frequenza di Congressi e/o Corsi relativi sempre alla nostra Disciplina Medica di Cure Primarie durante il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale ci ha consentito di conoscere “al meglio” la necessità di un continuo aggiornamento e l'importanza dell'integrazione con gli specialisti per una gestione ottimale della salute dei nostri cittadini.

Molti dei congressi sono stati calendarizzati come parte integrante del corso stesso.

Alcune riflessioni che sono emerse dalla frequenza del congresso di novembre 2021 "Oncology for Primary care", a cura del dr N. Marzano in collaborazione con la società scientifica SIICP e alla sua dodicesima edizione, è stata l'evidenza “toccata” del ritardo di prevenzione e cura dei pazienti oncologici causato dalla pandemia COVID19 con mancata o inadeguata

“MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE”

malattie appartiene;

- Il 3° carattere è costituito da un numero, nel caso di una malattia singola o dalla lettera “G” quando il codice si riferisce ad un gruppo di malattie;
- I successivi caratteri indicano la numerazione progressiva della malattia o del gruppo di malattie comprese nel settore.

Per le M.R. non vi è un elenco dettagliato delle prestazioni a cui si ha diritto poiché possono manifestarsi quadri clinici molto diversi tra loro e, quindi, avere necessità assistenziali molto varie e complesse. Il medico dovrà scegliere, tra le prestazioni incluse nei livelli di assistenza, quelle più appropriate alla specifica situazione clinica ed utili al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze ed efficaci per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti (d.lgs 124/98).

Il ruolo delle Cure Primarie con i MMG e PLs è essenziale per una diagnosi precoce ai fini di attivare un percorso ottimale ed interattivo con il centro di riferimento, acquisendo un ruolo attivo nella rete a garanzia di un'assistenza attiva per tutta la famiglia ai fini di diagnosi, cura, follow up e continuità di relazione per una presa in carico globale.



I malati “rari” sono al centro dell'impegno di istituzioni, autorità sanitarie ed imprese del farmaco poiché la rarità di queste patologie rende più complessa la ricerca di farmaci per la loro cura. L'obiettivo è potenziare i programmi di sostegno ai pazienti in termini di istruzione del care giver, di monitoraggio clinico e di cure

**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

erogazione dei servizi oncologici non solo in termini di interventi chirurgici/terapeutici e di follow up, ma anche delle prestazioni diagnostiche e di screening per la popolazione generale. Tutto ciò ha ovviamente inficiato la sopravvivenza dei pazienti oncologici e impedito di scoprire precocemente nuovi casi. Da qui si è reso evidente come diventi fondamentale la collaborazione con il territorio per la corretta individuazione dei pazienti a rischio e per la gestione dei pazienti cronici, con tutte le relative problematiche. I relatori hanno approfondito ciascuno con la propria specificità specialistica, competenza ed esperienza argomenti relativi al cancro della mammella, del colon-retto, della cute, del tratto genito-urinario, della tiroide e, inoltre, un ampio spazio è stato dedicato alle condizioni determinate dagli effetti collaterali delle terapie mediche oncologiche soprattutto in ambito cardiovascolare, la cura della persona oncologica lungo-sopravvivente e la gestione del dolore oncologico.

"MALATTIE RARE SENZA FRONTIERE"

domiciliari per garantire aderenza, appropriatezza ed efficacia della stessa assistenza.

Tanto, per alimentare ed offrire nuove speranze e per evitare che la speranza non muoia mai!!

Bibliografia

- Orphanet
- Progetto Osservatorio Nazionale M.R.
- Sito Dott. Net.
- Società Italiana di Pediatria e collegamento.
- Quotidiano Sanità
- PUB MED L'ossimoro delle "malattie rare" può diventare un problema di Sanità Pubblica ?
- PUB MED Malattie Rare e farmaci orfani
- PUB MED Trattamenti per le malattie rare. Stato dell'arte e prospettive.
- Sanità 24 Malati rari, home therapy per una migliore qualità di vita
- Il prossimo obiettivo della terapia a base di MRNA: le malattie rare
- Rivista Italiana MRN

*Verzillo Vita
Gravili Filomeno*

**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

A rafforzare le conoscenze, gli approfondimenti e gli aggiornamenti in ambito oncologico il 9 aprile 2022 ci è stata fornita la possibilità di frequentare il convegno "Immunoterapia nei tumori polmonari: sinergia tra primary care e oncologia... cosa si può ancora fare?" con responsabile scientifico la dr.ssa Annamaria Catino e con la partecipazione del dr. Domenico Galetta e della dr.ssa Maria Zamparella. Il congresso si è svolto con un focus dedicato alla nuova linea di trattamento dei tumori polmonari, ma affrontando e trattando argomenti fondamentali per la gestione integrata, territorio-ospedale, del malato oncologico, quale l'inclusione del Medico di Assistenza primaria e del paziente con l'obiettivo di raggiungere l'empowerment dello stesso nel percorso di cura, diagnosi e prevenzione e di ottimizzare le risorse che abbiamo per il benessere psico-fisico di ogni persona. Tanto, poiché è fondamentale gestire non la malattia ma la persona malata.

PNRR, SVILUPPI E CRITICITA': LE NOSTRE RIFLESSIONI



Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) è il documento che il Governo italiano ha predisposto per illustrare alla commissione europea le finalità di investimento dei fondi, predisposti nell'ambito del programma *Next generation Eu*.

Il documento, descrive quali progetti l'Italia intende realizzare grazie ai fondi comunitari. Il piano delinea inoltre come tali risorse saranno gestite e presenta anche un calendario di riforme, finalizzate in parte all'attuazione del piano e in parte alla modernizzazione del paese.

Il piano è stato realizzato seguendo le linee guida emanate dalla commissione europea e si articola su tre assi principali:

- digitalizzazione e innovazione,
- transizione ecologica
- inclusione sociale.

Parallelamente ai progetti di investimento, il PNRR delinea anche le riforme che il governo intende adottare per modernizzare il paese (vere e proprie *conditio sine qua non* per ottenere i fondi).

Il piano distingue 4 diverse tipologie di riforme:

- orizzontali o di contesto: misure d'interesse generale;
- abilitanti: interventi funzionali a garantire l'attuazione del piano;
- settoriali: riferite a singole missioni o comunque ad ambiti specifici;
- concorrenti: non strettamente collegate con l'attuazione del piano, ma comunque necessarie per la modernizzazione del paese (come la riforma del sistema fiscale o quella degli ammortizzatori sociali).

Alla Salute è dedicata la Missione 6 del PNRR, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il Piano stanziava 15,63 miliardi in totale per le due componenti

LA FORMAZIONE SPECIFICA PER LA MEDICINA GENERALE E L'AGGIORNAMENTO IN CURE PRIMARIE

La conoscenza, di questi nuovi trattamenti con i loro effetti collaterali, acuti e cronici, permette al medico di medicina generale un'adeguata informazione e formazione per fornire risposte appropriate alle domande dei propri pazienti e dare loro l'assistenza più appropriata. I vari argomenti trattati, hanno riguardato in particolare tutti gli aspetti relativi alla tossicità cardiovascolare, cutanea, endocrinologica e polmonare.

Un altro convegno di interesse formativo è stato il focus sul diabete svoltosi il 28 maggio 2022 dedicato alla malattia diabetica, alle nuove terapie, alla prevenzione e alle complicanze, i quali responsabili scientifici, prof. Francesco Giorgino, dr. Nicola Calabrese, dr. Doanato Molopoli e dr.ssa Maria Zamparella, hanno argomentato ed evidenziato la necessità della gestione integrata della malattia diabetica anche in considerazione della nuova Nota 100. Quest'ultima finalmente consente al MaP di usare quasi tutte le nuove frontiere terapeutiche per poter trattare il

PNRR, SVILUPPI E CRITICITA': LE NOSTRE RIFLESSIONI

della Missione e cita l'approccio "One-Health" come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

La strategia generale tracciata dal PNRR prevede di allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese; migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche; promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

Le due componenti principali della Missione sono:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.



Il nostro focus sui punti principali della Missione 6 e le criticità rilevate:

- Il Progetto di Salute, il progetto di cura e la prevenzione basata sulla stratificazione del rischio per patologia del singolo cittadino, sono gli strumenti necessari per un atto medico efficace;
- Il PNRR si propone di finanziare e potenziare l'assistenza territoriale. Nel documento sono specificati il numero di CDC (Case di Comunità) hub e spoke per numero di abitanti. Per ogni distretto (1 ogni 100.000 ab) ci sarà 1 CDC hub e 3 CDC spoke, 1 CDC hub ogni 30/35 mila nelle zone metropolitane, 1 ogni 20/25 mila nelle zone urbane/suburbane, 1 ogni 10/15 mila nelle zone interne e rurali. Questa proporzione potrebbe sembrare funzionale, ma potrebbe non esserlo per i territori disagiati o a minore densità abitativa (pensiamo a territori con meno di 1000 abitanti), nei quali il

**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

paziente diabetico ed inviarlo alla consulenza diabetologica solo per "casi complicati" che richiedono trattamenti e/o indagini di II/III livello.

Un altro congresso rivolto ai Medici di Medicina Generale che abbiamo voluto evidenziare è quello tenutosi il 01 luglio 2022 dal titolo "La chirurgia del piede: focus on alluce valgo" a cura del dr. Caiaffa (direttore dell' U.O.C. di Ortopedia dell'Ospedale Di Venere). Il congresso ha permesso di mettere a conoscenza i futuri MaP del percorso che il paziente con alluce valgo compirà fino alla risoluzione della patologia.

La nostra Formazione Specifica in Medicina Generale è attualmente arricchita di molte altre proposte che tenderanno a migliorare la formazione e l'aggiornamento del MaP ma soprattutto a fornire competenze specifiche in Cure Primarie di utilità indispensabile per i futuri Medici di Medicina Generale che consentirà di gestire la salute dei cittadini con qualità e competenze di tipo specialistico di I livello.

PNRR, SVILUPPI E CRITICITA': LE NOSTRE RIFLESSIONI

- cittadino si troverebbe a non avere una CDC prossima al suo domicilio. Questo comporterebbe la necessità di spostarsi dal proprio centro abitato per cure essenziali e creerebbe una disparità di trattamento territoriale tra centri con diverso numero di abitanti, in contrasto con il primario obiettivo di prossimità del PNRR. Nelle CDC spoke, in particolare, sarà presente assistenza medica 12h/die, 6 giorni su 7, non viene però chiarito come dovrebbe essere l'assistenza territoriale notturna e festiva nei piccoli centri abitati.
- Nel piano sono previste le USCA, 1 unità ogni 100.000 abitanti. Anche se non sono specificati esplicitamente i ruoli di tali Unità, certamente potranno essere utili per rispondere ai bisogni dell'utenza e del MMG durante le ore diurne. Tali unità saranno attivate tramite le Centrali Operative Territoriali (COT). Le COT, sono state progettate con l'intento di coordinare tutto il territorio e le sue parti e saranno d'impronta prettamente infermieristica.
- Si legge nel programma che per i Distretti rimarrà la normativa vigente, e con responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che li compongono.
- Viene specificato che per accedere al ruolo di direttore di distretto, sarà necessario partecipare ad un corso di formazione obbligatorio e specifico per fornire le competenze necessarie, ma non viene chiarito se tale ruolo sarà rivestito da un medico o da un altro professionista dell'ambito sanitario.
- Centrale è il ruolo dell'équipe multidisciplinare composta da Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri di Comunità, insieme agli altri professionisti della salute quali Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento. Tuttavia non sono ancora state chiarite le modalità pratiche e contrattuali di tali équipe.
- La Continuità assistenziale dovrà essere integrata con la Medicina Generale al fine di garantire un'assistenza medica continua 7 giorni su 7, per 24h/die.
- Si parla di Specialisti Ambulatoriali Interni e dipendenti.

**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

La grande novità è sicuramente la realizzazione della prima Scuola Di Vulnologia in Cure Primarie. Si tratta di un percorso di formazione specifica in vulnologia "work in progress" l'accreditamento al MIUR della durata di 3 anni che permetterà ai MMG, specialisti che lavorano in Cure Primarie e laureati in Scienze Infermieristiche di acquisire competenze specifiche per la gestione di pazienti complessi.

Le lezioni, organizzate per aree interessano tutte le discipline mediche, chirurgiche ed infermieristiche per la presa in carico globale del paziente vulnologico.

Le aree che saranno trattate: vulnologica, cardiologica, chirurgica, dermatologica, diabetologica, diagnostica ecografica, internistica, gastroenterologica, geriatria, infermieristica, oncologica, terapia del dolore, prevenzione e rescue therapy, consentiranno di raggiungere l'obiettivo formativo preposto e soprattutto, grazie alle competenze acquisite dai MaP, di intervenire con cure di I livello

PNRR, SVILUPPI E CRITICITA': LE NOSTRE RIFLESSIONI

- Molto rilievo viene dato al personale infermieristico. Viene istituita la figura dell'infermiere di comunità, che avrà turni per 12h/die, 7 giorni su 7. Avrà ruolo di promotore di salute per il paziente, ma non è chiaro se tale figura corrisponderà anche all'infermiere che agirà fianco a fianco con il MMG nelle cure pratiche della persona (es: medicazioni, fleboclisi).
- Viene introdotto il Punto Prelievi nella CDC.
- viene introdotta l'Informatizzazione della scheda anamnestica del paziente: si tratta di una scheda informatizzata presente anche a casa del paziente in assistenza domiciliare, che consente alle varie figure professionali sanitarie (MMG, medico specialista, infermiere, assistente sociale...) di accedere in tempo reale, così che ogni successivo intervento sanitario possa essere registrato, e contemporaneamente visualizzato.
- Introduzione obbligatoria di Servizi Diagnostici.
- Il rapporto fiduciario medico di medicina generale/paziente è citato una sola volta nel documento. Questo punto ci lascia perplessi, in quanto lo riteniamo il cardine della medicina territoriale basata su un rapporto diretto medico/paziente.
- Vengono istituiti gli Ospedali di Comunità a prevalente conduzione infermieristica per la gestione di ricoveri brevi per acuzie o riacutizzazioni di patologie croniche, che non richiedono un ricovero ospedaliero.
Il personale minimo sarà costituito da 9 Infermieri, 6 Operatori Socio-sanitari e 1 Medico per 4 ore al giorno per 6 giorni su 7. Si specifica che il Medico sarà responsabile legalmente del benessere del paziente. Viene invece sottolineato che in tali strutture, il ricovero dovrà essere a breve termine: se per una motivazione valida si dovesse aver necessità di un ricovero più lungo si farà pagare una tassa giornaliera alberghiera.
- Obbligatorio il Servizio di assistenza domiciliare di base. A tal proposito si dà fondamentale importanza all'assistenza domiciliare per gli over 65. Traspare che questa assistenza sarà organizzata in maniera simile al modello attuale, ossia attraverso una valutazione preventiva tramite UVM per poi scegliere il PAI migliore per il paziente in questione.

**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

tali da permettere di abbattere anche le liste di attesa per le consulenze specialistiche.

Un altro aspetto formativo importante per noi medici in Formazione Specifica per la Medicina Generale è stato il percorso strutturato dalla dr.ssa Maria Zamparella nel programma dello stesso CFSMG ai fini di acquisire competenze e certificato per l'intervento di primo soccorso, BLS. Un percorso formativo promosso dalla dr.ssa M. Zamparella con l'intervento del dr. N. Gaballo (medico del 118) che ha consentito ai noi corsisti in formazione specifica di apprendere le tecniche del primo soccorso e di eseguire le manovre su manichini anche pediatrici e quindi di svolgere attività pratica con test ed esame finale per ottenere il patentino da soccorritore. Tale formazione rientra normalmente in un percorso che ciascun medico dovrebbe provvedere ad eseguire e, pertanto, essendo stato incluso e fornito a tutti i colleghi in formazione specifica lo riteniamo un atto e un gesto importante da parte del nostro C.A.I.

PNRR, SVILUPPI E CRITICITA': LE NOSTRE RIFLESSIONI

- I Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale vengono coinvolti sia nella costituzione delle squadre USCA che nella frequentazione delle CDC con la supervisione del MMG.
- Nel documento viene dedicato un intero capitolo agli Hospice e alle Cure Palliative, definendone i ruoli, la riorganizzazione pratica e gestionale. Al servizio del MMG ci sarà un'equipe di Cure Palliative (1 ogni 100.000 ab) formata adeguatamente e disponibile 24h su 24. Nuova idea è quella dell' "Hospice Diurno" per i pazienti più autosufficienti con l'introduzione anche di servizi a carattere sociale. Viene anche introdotto l'Hospice Pediatrico, in stretta collaborazione con l'OdC (Ospedale di Comunità) pediatrico.
- Si parla dell'importanza della Salute Mentale e Dipendenze della popolazione. Ruolo centrale è il MMG e tutti i professionisti della CdC per l'intercettazione dei bisogni di aiuto per la Salute Mentale dei pazienti. Si specifica che l'equipe della CdC sarà aiutata nella intercettazione da un operatore del settore non meglio specificato. Tutte le operazioni a riguardo saranno coordinate, come per la normativa vigente, dal Distretto di Salute mentale.
- Nelle CdC verrà integrato il Consultorio Familiare con un'equipe specifica.
- Si parla anche del Dipartimento di Prevenzione e della sua importanza nel territorio e di agevolare le comunicazioni e la collaborazione tra MMG e Dipartimento di Prevenzione.
- Sistemi Informatici: si punta molto all'ampliamento dei Sistemi Informatici. Molta importanza viene data al Fascicolo Sanitario Elettronico, mezzo tramite il quale il paziente può accedere ai servizi e attraverso cui qualsiasi medico o operatore sanitario può conoscere l'anamnesi del paziente e la sua storia clinica.
- Telemedicina: sono stati stanziati fondi per lo sviluppo della Telemedicina che, previa adesione dell'assistito, andrà ad integrare in maniera efficiente e veloce la visita tradizionale, con valore diagnostico-terapeutico.

**LA FORMAZIONE SPECIFICA
PER LA MEDICINA GENERALE
E
L'AGGIORNAMENTO IN CURE
PRIMARIE**

Tra le altre iniziative formative promosse per noi medici in formazione per il CFSMG abbiamo la scuola di Ecografia (addominale, tiroidea, muscolo-tendinea), corsi di perfezionamento in esecuzione e interpretazione di ECG e spirometrie, corsi di suture, ed ancora tanto altro per essere dei competenti medici di assistenza primaria.

Le tante iniziative formative, alcune delle quali sono state riportate in questo articolo, consentiranno di avere sul territorio una figura professionale qualificata che operando nel setting delle Cure Primarie, possa essere sempre più competente e punto di riferimento per i propri utenti/cittadini ai fini di produrre buona salute ed il benessere psico-fisico per ogni persona che accede al SSN delle Cure Primarie.

*De Fini Giuseppe
Manzari Roberta*

PNRR, SVILUPPI E CRITICITA': LE NOSTRE RIFLESSIONI

Le nostre Riflessioni:

Il PNRR, e in particolare la Missione 6, possono rivelarsi la risposta alle nuove esigenze della medicina territoriale. Tantissime le potenzialità e le opportunità da cogliere per migliorare l'assistenza del singolo cittadino in passato troppo spesso penalizzata.

Punti cardine nei prossimi anni sono sicuramente quelli della digitalizzazione e dell'integrazione di dati, dell'introduzione degli strumenti di diagnostica di primo livello, di equipe multidisciplinari e d'implementazione di reti di assistenza tra enti differenti. Di fatto il Medico di Medicina Generale sarà chiamato in causa per dirigere la gestione del singolo paziente sul territorio.

Permangono svariate perplessità, soprattutto per l'attuazione e l'organizzazione, per il tanto discusso inquadramento fiscale e contrattuale del Medico di Medicina Generale che va dalla dipendenza, all'essere convenzionato come libero professionista all'essere MMG ad ore!!! e, per il rapporto di fiducia tra medico di famiglia e paziente, da sempre punto di forza della medicina territoriale!!!

Nel futuro immediato con il nuovo ACN nell'ambito delle AFT (aggregazione funzionale territoriale), si è introdotto la figura del medico a ruolo unico senza distinzione tra MMG e medico di CA. In questo modo, il lavoro del Medico di Medicina Generale dovrà comporsi sia di una quota oraria, sia di una quota a ciclo di scelta. Il gap economico tra new generation and old generation verrà colmato ma, la perplessità sulla divisione della quota oraria di lavoro resta!!!

*Centrone Antonio
Di Palo Antonio
Giombini Silvia
Masotti Marianna
Sannino Francesca*



BENESSERE E STILI DI VITA

BONUS SUPPORTO PSICOLOGICO



Il 16 e il 17 febbraio 2022 con il decreto Milleproroghe, è stato finalmente approvato dalle Commissioni Affari Costituzionali e Bilancio della Camera il bonus psicologico, fortemente richiesto per affrontare l'impatto negativo che la pandemia ha provocato sulla salute mentale della popolazione e destinato a chiunque soffra di un disagio psicologico o problemi di salute mentale, anche in riferimento agli strascichi del post Covid.

L'idea del bonus è certamente un segnale positivo se visto nell'ottica di una cultura dove alberga ancora oggi lo stigma sulle malattie psichiatriche; pertanto l'interesse verso le patologie psichiatriche, al pari di quelle organiche, è certamente un grande passo in avanti.

Si tratta di un incentivo statale per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati (compreso lo psicologo online) usufruibile da persone con fragilità psicologica post emergenza pandemica. Sono 10 milioni di euro le risorse stanziato dallo Stato per il 2022. Gli psicologi, regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti devono comunicare la propria adesione all'iniziativa all'ordine professionale di appartenenza.

Possono presentare domanda per il bonus tutte le persone con ISEE fino a 50mila euro. La richiesta, effettuabile sul sito dell'Inps, è partita il 25 luglio 2022 e sarà protratta fino al 24 ottobre 2022; le graduatorie, distinte

BENESSERE E STILI DI VITA

per regione e provincia di residenza, saranno stilate tenendo conto del valore di ISEE, e in caso di parità in base all'ordine di arrivo della domanda, fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

Il contributo massimo, per ciascun individuo, è di 600 euro una tantum, parametrato in base alle diverse fasce ISEE inferiori a 50.000 euro, secondo tre scaglioni:

- per ISEE inferiore a 15.000 euro, fino a 50 euro per ciascuna seduta, e fino all'importo massimo di 600 euro;
- per ISEE tra 15.000 e 30.000 euro, fino a 50 euro per ciascuna seduta, e fino all'importo massimo di 400 euro;
- per ISEE tra 30.000 e 50.000 euro, fino a 50 euro per ciascuna seduta, fino all'importo globale di 200 euro.

Una volta presentata la domanda, l'Inps comunicherà l'esito, fornendo un codice univoco da utilizzare entro 180 giorni presso il professionista scelto dall'utente, trascorsi i quali il contributo decade.

LE NOSTRE RIFLESSIONI:



Il bonus psicologico, come è stato creato, è una risposta adeguata ad una necessità clinica della popolazione?

E' davvero un aiuto per la salute dei cittadini?

Aiuterà realmente chi, a causa del COVID19, ha subito ricadute psicologiche oppure soltanto chi è affascinato dalla gratuità del servizio o garanzia per il "dito più veloce" nella presentazione della domanda sul sito Inps?

E' giusto fissare un tetto economico per la salute psico-fisica in postumi di era pandemica



BENESSERE E STILI DI VITA

Le riflessioni riportate sono alcune dei diversi interrogativi che oggi ci poniamo .

Il bonus, arrivato dopo 2 anni di pandemia , aiuta a coprire poche sedute che, in generale, per chi ha problemi comportamentali, può essere solo un inizio.

Le risorse messe a disposizione sono ancora molto limitate e "Solo 16 mila fortunati riusciranno a godere del Bonus psicologico", è la previsione dell'associazione dei consumatori Codacons; pertanto una ampia fetta di cittadini che con il Covid hanno sviluppato forme di disagio mentale sarà tagliata fuori dal provvedimento. Senza contare i possibili rincari delle tariffe da parte degli psicologi, così come avvenuto per altre categorie di beni e servizi interessati dagli incentivi varati dal Governo negli ultimi due anni”.

Un cambiamento vero forse si poteva vedere attraverso interventi ben più strutturati, ossia attraverso un potenziamento serio dei servizi pubblici già esistenti, il reclutamento di professionisti sanitari e il miglioramento dell'accesso ai servizi . Piuttosto che rischiare di sprecare denaro pubblico, si sarebbero potute utilizzare le risorse disponibili nella creazione di consultori psicologici, sportelli di ascolto, gestiti anche dai medici di assistenza primaria , finalizzati a intercettare e successivamente selezionare chi realmente ha necessità di un aiuto psicologico.



*Serafino Angela
Corrado Eugenio*



PILLOLE

NOTA 100

Il diabete mellito di tipo 2 è una rilevante patologia sempre più diffusa nella popolazione adulta/anziana. Negli ultimi 20 anni c'è stato un aumento esponenziale dei malati diabetici e oggi solo in Italia se ne contano 4.000.000. Si tratta di una patologia complessa per cui è fondamentale fare diagnosi precoce e gestire nel miglior modo la malattia in modo da ridurre al minimo le potenziali molteplici complicanze, molte delle quali anche gravi, che possono insorgere nel tempo. E' per questo fondamentale rendere consapevole e istruito il paziente sui comportamenti idonei da tenere con questa malattia.

La terapia a disposizione, che si deve attuare per limitare i danni e curare questa malattia, si compone di diversi step, dei quali il primo non prevede farmaci, mentre i successivi step prevedono la prescrizione di diverse tipologie di farmaci, alcuni dei quali di nuova generazione sempre più utilizzati con ottimi outcome.

Infatti la prima cosa da fare nella cura del Diabete è spiegare ai pazienti l'importanza di un adeguato **stile di vita**, basato fundamentalmente su una terapia medica nutrizionale che prevede dieta, attività fisica, astensione dal fumo.





NOTA 100

La dieta deve essere indicata al paziente diabetico non solo nella prima fase senza la terapia farmacologica (si consideri che i risultati di un buon stile di vita, oltre ad essere senza effetti avversi, sono sovrapponibili all'effetto di un primo trattamento farmacologico), ma anche successivamente per la prevenzione di complicanze ed eventi avversi. Quindi è fondamentale insistere ed istruire il paziente costantemente sul corretto stile di vita.

E' importante sottolineare che per considerare un paziente a target, oltre all'emoglobina glicata, dobbiamo considerare altre caratteristiche del paziente, soprattutto i suoi fattori di rischio come ipertensione, obesità e fumo ed eventuale concomitanza di patologia renale o cardiaca.

Le comorbidità sono spesso sottostimate, soprattutto quelle relative alla funzionalità renale, in quanto spesso si tende a non controllare periodicamente i valori di micro e macroalbuminuria.

Il primo step, quindi, consiste nella modifica dello stile di vita del paziente per almeno 3 mesi.

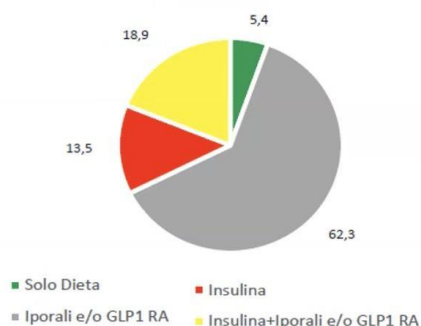
Nel momento in cui questa modifica dello stile di vita, non risulti sufficiente per far rientrare i valori dell' HbA1c entro i limiti prestabiliti (53 mmol/mol cioè 7.0%), il farmaco di prima scelta che deve essere introdotto è **la metformina**, salvo controindicazioni o intolleranze.

Qualora non fosse efficace o addirittura controindicata, possono essere utilizzati in monoterapia tutti gli altri farmaci.



Trattamento del DMT2 in Italia (ANNALI AMD 2020)

Distribuzione dei pazienti per tipologia di trattamento ipoglicemizzante nel diabete di tipo 2



E' opportuno inoltre considerare la possibilità di associare alla metformina un altro farmaco, e nel momento in cui essa da sola o in associazione con altri farmaci non dovesse raggiungere gli obiettivi desiderati, si dovrà valutare l'associazione e/o la sostituzione di uno o più di essi.

Opzioni per la cura del diabete



Esistono diversi farmaci che agiscono su diversi sistemi per migliorare la funzione di tutti gli organi, tra i farmaci utilizzati oltre alla metformina troviamo:

- **SULFANILUREE/MEGLITINIDI**, considerati old drugs che agiscono a livello della secrezione pancreatica;
- **INIBITORI ALFA GLUCOSIDASI (ACARBOSIO)**, che agiscono a livello intestinale inibendo l'assorbimento del glucosio;
- **INCRETINO MIMETICI (GLP-1)/ DPP IV INIBITORI**, che agiscono sia a livello pancreatico che gastrointestinale inibendo la secrezione del glucagone, aumentando la secrezione di insulina e dando senso di sazietà (GLP-1: Dulaglutide-Trulicity, Exenatide, Exenatide Lar, Liraglutide-Victoza, Lixisenatide, Semaglutide orale, Semaglutide sottocutanea // DPP IV inibitori: Alogliptin, Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin-Januvia, Vildagliptin);
- **SGLT2 INIBITORI**, inibitori del trasportatore sodio-glucosio tipo2 che agiscono a livello renale con l'inibizione del riassorbimento renale di glucosio (Canagliflozin, Dapagliflozin - Forxiga, Empagliflozin, etc.).

APP PER LA SALUTE DIGITALE



Tra le app più scaricate, meglio recensite e di facile utilizzo ci sono alcune che il medico può utilizzare come supporto sia nella gestione del paziente sia nella organizzazione ambulatoriale, tanto ai fini di un ottimale sviluppo della gestione in termini di “salute digitale” H 24. Riportiamo alcune delle tante esistenti nel mondo delle app e, tra queste diverse sono rivolte al paziente non ai fini di una automedicazione ma come strumenti di supporto e integrazione al medico nella gestione della patologia, fornendo suggerimenti e aiutando a raccogliere dati utili al monitoraggio dei sintomi e dei segni clinici. Si sottolinea, quanto già evidenziato nel mondo digitale, la necessità di linee guida circa l'uso corretto, appropriato e sicuro degli strumenti digitali in ambito sanitario garantendo in termini di privacy la gestione dei dati sensibili.

PILLOLE

NOTA 100

Il 26 gennaio 2022 è entrata in vigore la nota 100 e sono state introdotte delle importantissime novità, che riguardano in particolare gli **inibitori del SGLT2**, gli **agonisti recettoriali del GLP 1** e gli **inibitori del DPP4**.



NOTA AIFA 100 - Prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2									
Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota AIFA INIBITORI SGLT2 • canagliflozin • dapagliflozin • empagliflozin • ertugliflozin AGONISTI RECETTORIALI GLP1 • dulaglutide • exenatide • exenatide LAR • liraglutide • lixisenatide • semaglutide INIBITORI DPP4 • alogliptin • linagliptin • saxagliptin • sitagliptin • vildagliptin ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE • canagliflozin/metformina • dapagliflozin/metformina • empagliflozin/metformina • empagliflozin/linagliptin • ertugliflozin/ metformina • saxagliptin/dapagliflozin • degludec/liraglutide • glargine/lixisenatide • alogliptin/metformina • alogliptin/pioglitazone • linagliptin/metformina • saxagliptin/metformina • sitagliptin/metformina • vildagliptin/metformina	La presente Nota AIFA ha l'obiettivo di definire, sulla base delle principali evidenze disponibili, i criteri di prescrivibilità e di rimborsabilità da parte del SSN degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1 e degli inibitori del DPP4 nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato (emoglobina glicata -HbA1c- superiore a 53 mmol/mol o 7.0%). La prescrizione a carico del SSN deve avvenire nel rispetto delle indicazioni contenute nella Nota e prevedere la compilazione della Scheda di valutazione e prescrizione (All.1) da parte dei Medici di Medicina Generale o degli Specialisti secondo quanto riportato nella tabella sottostante. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prescrittori</th><th>Farmaci</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Tutti i MMG e gli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni^A</td><td>Inibitori SGLT2 (SGLT2i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con agonisti recettoriali del GLP1 o con inibitori del DPP4)</td></tr> <tr> <td>Agonisti recettoriali GLP1 (GLP1-RA) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)</td></tr> <tr> <td>Inibitori DPP4 (DPP4i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)</td></tr> <tr> <td>Esclusivamente specialisti del SSN che operano in strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del diabete mellito</td><td>Le associazioni fisse o estemporanee di: - inibitori del SGLT2 + inibitori del DPP4 - inibitori del SGLT2 + agonisti recettoriali del GLP1 (in associazione o in alternativa ad altri farmaci antidiabetici)</td></tr> </tbody> </table> ^Apuò prescrivere chi è autorizzato dalle Regioni ad accedere al sistema Tessera Sanitaria per la Scheda di valutazione e prescrizione.	Prescrittori	Farmaci	Tutti i MMG e gli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni ^A	Inibitori SGLT2 (SGLT2i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con agonisti recettoriali del GLP1 o con inibitori del DPP4)	Agonisti recettoriali GLP1 (GLP1-RA) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)	Inibitori DPP4 (DPP4i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)	Esclusivamente specialisti del SSN che operano in strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del diabete mellito	Le associazioni fisse o estemporanee di: - inibitori del SGLT2 + inibitori del DPP4 - inibitori del SGLT2 + agonisti recettoriali del GLP1 (in associazione o in alternativa ad altri farmaci antidiabetici)
Prescrittori	Farmaci								
Tutti i MMG e gli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni ^A	Inibitori SGLT2 (SGLT2i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con agonisti recettoriali del GLP1 o con inibitori del DPP4)								
	Agonisti recettoriali GLP1 (GLP1-RA) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)								
	Inibitori DPP4 (DPP4i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2)								
Esclusivamente specialisti del SSN che operano in strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del diabete mellito	Le associazioni fisse o estemporanee di: - inibitori del SGLT2 + inibitori del DPP4 - inibitori del SGLT2 + agonisti recettoriali del GLP1 (in associazione o in alternativa ad altri farmaci antidiabetici)								

Questi farmaci passano da essere prescrivibili come A/RRL a A/RR/NOTA 100; ciò significa che da farmaci soggetti a prescrizione medica limitativa (RRL), la cui prescrivibilità è limitata a medici specialisti o ad alcuni contesti assistenziali diventano farmaci prescrivibili anche da MMG con applicazione della nota 100.

**APP PER LA SALUTE
DIGITALE**

**AREA FARMACOLOGICA
PRESCRIZIONI/INTERAZIONI**



Mediatly Farmaci 12+
Farmaci, ICD-10, strumenti
Modra Jagoda d.o.o.
#19 in Medicina
★★★★★ 4,8 • 2.845 valutazioni
Gratis

Con l'applicazione, è possibile ricercare facilmente all'interno di un database offline di più di 16.000 farmaci. Per ogni farmaco, è possibile visualizzare informazioni dettagliate, tra cui: Informazioni di base sul farmaco (principio attivo, composizione, formula farmaceutica, classe, elenco delle assicurazioni); Informazioni importanti dal documento RCP del farmaco (indicazioni, posologia, controindicazioni, interazioni, effetti collaterali, sovradosaggio, ecc); Classificazione ATC e farmaci paralleli; Imballaggi e prezzi; Accesso al documento completo in formato PDF dell'RCP (richiede una connessione internet). Oltre a un database completo dei farmaci, l'applicazione include una serie di strumenti utili nella pratica quotidiana: BMI (Indice di Massa Corporea); BSA (Superficie Corporea); CHA₂DS₂-VASc (punteggio per il rischio di ictus da fibrillazione atriale); GCS (Scala del Coma di Glasgow); GFR (Formula MDRD); HAS-BLED (rischio di gravi

PILLOLE

NOTA 100

La classificazione dei farmaci utilizzati nella terapia del diabete mellito tipo 2 in base ai rispettivi regimi di fornitura subisce con la Nota 100 le seguenti modifiche:

- la **prescrizione di SGLT2i, GLP1-RA, DPP4** passa da *A/RRL a *A/RR/*Nota 100;
- la **prescrizione delle associazioni di SGLT2i, GLP1-RA, DPP4** con altri principi attivi non in Nota (ad esempio metformina o insulina) passa da *A/RRL a *A/RR/*Nota 100;
- la **prescrizione delle associazioni di SGLT2 e DPP4** rimane in *A/RRL (compilazione a carico di centri ospedalieri o specialisti internista, endocrinologo, geriatra).

*Ricetta ripetibile limitativa per farmaco in fascia A (prescrizione da centro ospedaliero specialistico/specialista con obbligo di PT)

*Ricetta ripetibile per farmaco in fascia A

* Farmaco prescrivibile in fascia A con la compilazione di una scheda indicata dall'AIFA

Nello specifico tutti i MMG e gli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni possono prescrivere :

- gli Inibitori SGLT 2 (SGLT 2) (Canagliflozin - Dapagliflozin - Empagliflozin)
in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con agonisti recettoriali del GLP 1 o con inibitori del DPP4; preferenzialmente in caso di:
 - paziente con CKD
 - Paziente CON HF
 - Paziente in prevenzione cardiovascolare secondaria
 - Paziente in prevenzione cardiovascolare primaria a rischio CV elevato
- Agonisti recettoriali GLP 1 (GLP1-RA) (Dulaglutide - Exenatide - Exenatide LAR - Liraglutide - Lixisenatide - Semaglutide Orale - Semaglutide Sottocutanea)
in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2; Preferenzialmente in caso di:

APP PER LA SALUTE DIGITALE

AREA FARMACOLOGICA PRESCRIZIONI/INTERAZIONI

emorragie in pazienti con FA);
MELD (modello per la malattia
del fegato in fase finale);
Punteggio PERC (criteri di
esclusione dell'embolia polmo-
nare); Criteri di Wells per
l'embolia polmonare.



Univadis 17+
Formazione e Notizie n
Aptus Health Internatio
#123 in Medicina
★★★★★ 4,7 • 1.251 valutazioni
Gratis

Univadis by Medscape è
un'applicazione gratuita rivolta
ai professionisti del settore
sanitario (medici, farmacisti,
infermieri, studenti...). Univadis
offre un accesso semplice alle
ultime notizie mediche e una
vasta gamma di strumenti per
accrescere le proprie conoscen-
ze (medical quiz, banca dati
farmaci, corsi FAD, moduli di
formazione, anatomia in 3D e
2D...):

- VALUTAZIONE interazioni far-
macologiche e farmacocine-
tiche
- Il meglio della ricerca clinica.
Le ultime notizie nella tua area
di interesse.
- Riassunti sintetici della
letteratura scientifica

PILLOLE

NOTA 100

- Paziente in prevenzione cardiovascolare secondaria
- Paziente in prevenzione cardiovascolare primaria a rischio CV elevato
- Inibitori DPP 4 (DPP4i) (Alogliptin - Linagliptin - Saxagliptin - Sitagliptin – Vildagliptin). Sono farmaci di seconda o terza scelta in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, ad eccezione dell'associazione con inibitori del SGLT2.

Viene sottolineata l'impossibilità di prescrivere da parte dei Medici di medicina generale delle associazioni, estemporanee o precostituite tra inibitori SGLT2 e agonisti recettoriali GLP 1 o tra inibitori SGLT2 e inibitori del DPP VI che rimangono di pertinenza specialistica in quanto parte di una valutazione più complessa che andrà effettuata tenendo conto delle caratteristiche dei singoli pazienti e delle considerazioni generali riportate nella Nota.

Prescrittori per la Nota 100



*può prescrivere chi è autorizzato dalle Regioni ad accedere al Sistema Tessera Sanitaria per la Scheda di Valutazione e Prescrizione

A tal proposito è importante ricordare che la nota 100 deve essere considerata come una scheda di compilazione e non come un vero e proprio piano terapeutico, il che significa che non deve essere inserita in un database per appropriatezza di scheda prescrittiva. E' una scheda ancora cartacea che non va né timbrata né registrata in Edotto, quindi da inserire nella cartella clinica del paziente. Bisogna altresì ricordare che la Scheda compilata, di cui si riporta fac simile ha durata iniziale di 6 mesi successivamente rinnovabile a 12 mesi per i follow up degli anni successivi.

APP PER LA SALUTE
DIGITALE

AREA CLINICA



AnticoagEvaluator ⁽¹⁷⁺⁾
American College of Cardiology
Designed for iPad
★★★★★ 3.0 + 2 Ratings
Free

Prendere decisioni ben informate sulla terapia antitrombotica per i pazienti con Fibrillazione Atriale non valvolare con l'Anticoag Evaluator aggiornato.

Utilizzare l'applicazione per:

- Calcolare la funzione renale di un paziente e il rischio di ictus ischemico, tromboembolia e sanguinamento
- Linee guida ACC/AHA/HRS per la prevenzione dell'ictus
- Generare un rischio individualizzato per le opzioni di terapia antitrombotica sulla base di singoli studi clinici.
- Migliorare l'uso accurato dei COA con dosaggio regolato in base alle informazioni prescritte, ottimizzato per le caratteristiche renali e di altri pazienti.

PILLOLE

NOTA 100

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DEGLI INIBITORI DEL SGLT2, DEGLI AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E DEGLI INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel. _____
Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in _____
U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: ☐ M ☐ F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____
Residenza _____

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: ☐ Sì ☐ No, per controindicazione o intolleranza

Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati: ☐ Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- ☐ prevenzione CV secondaria*
- ☐ rischio CV elevato**
- ☐ scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- ☐ malattia renale cronica*** (solo se SGLT2i)
- ☐ mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****
- ☐ controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco) (solo se DPP4i)
- ☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 25 gennaio 2022)

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Proposta di strategia terapeutica

☐ SGLT2i (specificare quale): _____
☐ GLP1-RA (specificare quale): _____
☐ DPP4i (specificare quale): _____
Posologia: _____

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Data prevista per il Follow up: _____
La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

APP PER LA SALUTE DIGITALE

AREA CLINICA



GOLD Criteria for COPD
Putu Angga Risky Raharja
Progettata per iPad
Gratis

E' un'applicazione mobile progettata per aiutare il medico a valutare le diverse fasi della malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO). Ci sono diverse caratteristiche dei "criteri GOLD(Global Initiative for Obstructive Lung Disease) per la BPCO":

- Calcolo preciso con criteri GOLD.
- Classificazione del l'ostruzione del flusso d'aria e raccomandazione sul trattamento
- Valutare il carico sintomatico del paziente con BPCO

L'app "GOLD criteria for COPD" aiuterà a classificare il grado di ostruzione del flusso d'aria e i gruppi su cui si basano le raccomandazioni di trattamento. L'app "GOLD criteria for COPD" fornirà anche il rischio di mortalità a 3 anni. "GOLD criteria for COPD" valuterà anche il carico sintomatico dei pazienti affetti da BPCO. Ci sono due criteri che vengono utilizzati per valutare il carico sintomatico, vale a dire COPD Assessment Test (CAT) e mMRC (Modified Medical Research Council) Dyspnea Scale.

PILLOLE

NOTA 100

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 31 gennaio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 30/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
GLP1-RA	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ Insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec + da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine + da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 60U di glargine + da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett			

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata:



APP PER LA SALUTE DIGITALE

AREA CLINICA



Skinive MD Skin Health Tracker 
Skinive Hold. B.V.
Gratis - Offre acquisti in-app

L'app Skinive MD permette di acquisire immagini macro e dermoscopiche con la fotocamera dello smartphone standard o con dermoscopia digitali e valutare il rischio con la tecnologia basata sull'Intelligenza Artificiale di Skinive. Utilizzare l'intelligenza artificiale per la valutazione del rischio di patologie della pelle non è mai stato così facile prima d'ora.

- la tecnologia AI-Assistance aiuta a individuare le patologie cutanee e a scattare foto macro e dermoscopiche di alta qualità;
- prevede la localizzazione di una lesione attraverso un paziente modello 3D virtuale;
- lo Score vi supporta nella valutazione del rischio di lesioni cutanee melanocitiche e non melanocitarie;
- memorizza automaticamente la data dell'immagine, l'ora, il punteggio AI e le note dei medici per l'osservazione in dinamica; consente di gestire i pazienti e modificare i dati correlati.

PILLOLE

NOTA 100

Si conferma quanto già più volte evidenziato che la presa in carico globale del paziente con malattia diabetica non si limita alla prescrizione della terapia farmacologica, ma consiste innanzitutto nella gestione integrata per ottimizzare la qualità di vita attraverso la promozione dello stile di vita (dieta adeguata, attività fisica, astensione dal fumo), l'educazione all'autogestione domiciliare, la valutazione clinica periodica e la prevenzione delle complicanze acute e croniche, questo è il gold standard- Per ridurre il rischio di complicanze acute e croniche, tutte le persone con diabete devono mantenere sotto controllo i livelli di glicemia ed emoglobina glicata. L'HbA1c è il parametro principale per la valutazione del controllo glicemico utilizzata negli studi clinici per dimostrare i benefici del trattamento. Nei pazienti affetti da Diabete la valutazione dell'HbA1c deve essere effettuata non meno di 2 volte all'anno. Se invece è stata modificata la terapia ipoglicemizante oppure l'obiettivo terapeutico non è ancora stato raggiunto o non è stabile nel tempo, la valutazione dell'HbA1c deve essere effettuata ogni 3 mesi. Anche l'automonitoraggio domiciliare della glicemia capillare fornisce informazioni complementari all'emoglobina glicata per questo la frequenza di determinazione e gli obiettivi della glicemia capillare devono essere individualizzati dal medico, tenendo conto dello schema terapeutico e delle caratteristiche del paziente.

HbA1c (%)	HbA1c (mmol/mol)	Glicemia media (mg/dL)
5.0	31	97
5.5	37	112
6.0	42	126
6.5	48	140
7.0	53	154
7.5	58	168
8.0	64	183
8.5	69	198
9.0	75	212
9.5	80	226
10.0	86	240

APP PER LA SALUTE DIGITALE

AREA CLINICA



RheumaHelper 17+
Your Rheumatology Assistant
Modra Jagoda d.o.o.
★★★★★ 4.8 • 61 Ratings
Free

RheumaHelper è un assistente mobile di reumatologia. Fornisce una serie di strumenti completa di calcolatori di attività della malattia e criteri di classificazione a cui far riferimento durante l'attività quotidiana. Facile da usare e sempre a portata di mano sul cellulare.

Punteggi di attività della malattia:

ASDAS, BASDAI, BVAS (versione 3), CDAI/SDAI, DAPSA, DAS28, PASI, SELENA-SLEDAI, Indice di danno da vasculite;

Classificazioni delle malattie: Malattia di Still dell'adulto (Cush e Yamaguchi), Sindrome da anticorpi antifosfolipidi, Spondiloartrite assiale, Fibromialgia, Gotta, Mal di schiena infiammatorio, Spondiloartrite periferica, Polimialgia reumatica, Artrite psoriasica, Artrite reumatoide, Sindrome di Sjogren, SLE ACR, SLE SLICC, Sclerosi sistemica.

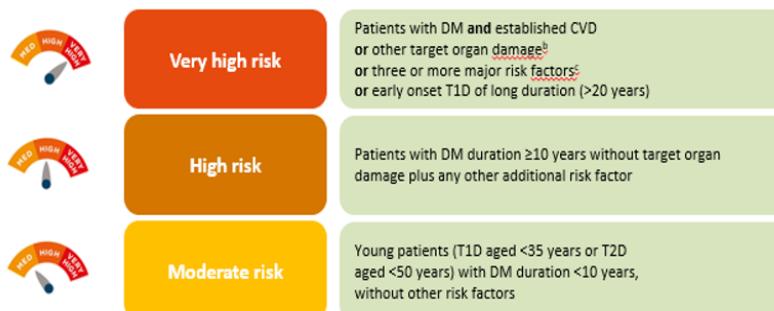
PILLOLE

NOTA 100

Come da linee Guida la nota 100 conferma che la METFORMINA, resta il farmaco di prima scelta anche grazie alla sua azione nel ridurre il rischio di morte per cause cardiovascolari in pazienti in sovrappeso o obesi. Tuttavia, nel caso in cui con il solo impiego di metformina non si raggiungessero i livelli target di HbA1c, è possibile associarla o sostituirla con altri farmaci quali SGLT2, GLP1-RA, DPP4.

Secondo le raccomandazioni delle linee guida, la Nota 100, fornisce indicazioni su quale tra SGLT2, GLP 1-RA e DPP4 sia il farmaco da prediligere nel paziente con malattia cardiovascolare o malattia renale cronica o ad alto rischio di malattia cardiovascolare.

The 2019 ESC guidelines¹⁴ build upon the SCORE risk from the 2016 European Guidelines on CVD prevention in clinical practice³ to stratify CV risk in patients with diabetes and pre-diabetes



Le recenti linee guida delle società europee ESC/EASD differenziano i pazienti con Diabete Mellito in due diverse categorie:

- 1) pazienti con malattia cardiovascolare accertata (ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease) o a rischio alto/molto alto (per Nota AIFA con danno d'organo o multipli fattori di rischio) di malattia cardiovascolare. In questa tipologia di pazienti viene raccomandato il trattamento con un inibitore del SGLT2 o un agonista recettoriale del GLP 1 sia che si tratti di un paziente non ancora trattato con farmaci antidiabetici, sia che si tratti di paziente già in trattamento con metformina, e indipendentemente dai livelli di HbA1c.

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

AREA CLINICA



Miiskin Skin Tracker & eHealth
Miiskin
★★★★☆ 3,9 • 111 recensioni
Gratis - Offerta acquistata in app

Miiskin offre soluzioni per gli operatori sanitari di offrire l'applicazione completa gratuitamente per i pazienti, compresa la telemedicina. Check-in con il vostro fornitore di assistenza sanitaria per saperne di più.

Miiskin ha calibrato attentamente la fotocamera per la migliore fotografia ravvicinata e registra la posizione su un grafico corpo/ mappa. Consente di ottenere una VISTA SIDE-BY-SIDE delle tue foto in modo da poterle confrontare più facilmente con i cambiamenti nel tempo. Ti aiuta a misurare i tuoi nevi e lesioni nel tempo. È sufficiente aggiungere una moneta nelle tue foto ravvicinate. MIISKIN NON FORNISCE UNA DIAGNOSI, l'app ti aiuta a tracciare la pelle nel tempo con un diario Fotografico.

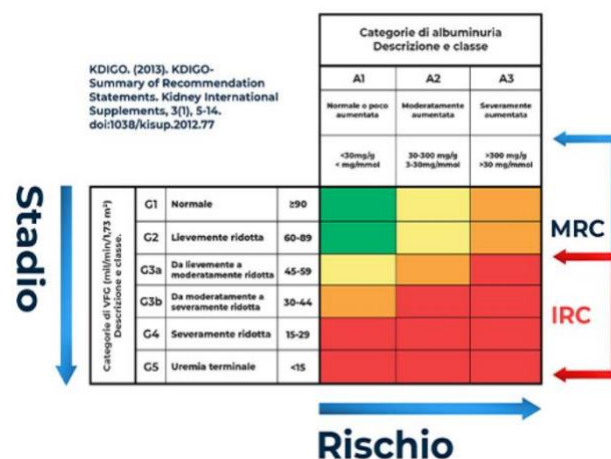
PILLOLE

NOTA 100

- 2) pazienti a rischio moderato, senza malattia o altri fattori di rischio cardiovascolare, nei quali la metformina rimane il trattamento di prima scelta a cui aggiungere, in caso di fallimento del target di HbA1c, un secondo farmaco a scelta tra inibitori del SGLT2, agonisti recettoriali del GLP 1, inibitori del DPP4 e pioglitazone.

Nelle Linee guida Americane AACE/ACE 2020 viene raccomandato, indipendentemente dal controllo glicemico e fin dalla prima linea, l'utilizzo di un inibitore del SGLT2 o un agonista recettoriale del GLP 1 con dimostrato beneficio clinico nel caso di ASCVD o alto rischio di malattia cardiovascolare, insufficienza renale cronica (stadio 3-4), scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione e, l'aggiornamento 2021 degli Standards of medical care dell'ADA (American Diabetes Association) che già nel 2020 avevano introdotto l'utilizzo degli agonisti recettoriali del GLP 1 e degli inibitori del SGLT2 nei pazienti con ASCVD o multipli fattori di rischio per ASCVD, scompenso cardiaco e malattia renale cronica, **precisano** che le due classi di farmaci sono opzioni alternative nella malattia cardiovascolare accertata o in presenza di multipli fattori di rischio, mentre nello scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione o nella malattia renale cronica sono raccomandati in prima battuta gli inibitori del SGLT2.

Anche le linee guida del Kidney Disease Improving Global Outcomes raccomandano di utilizzare come prima linea la terapia di combinazione metformina e inibitore del SGLT2 nel paziente con diabete mellito e malattia renale cronica (VFG compreso tra 60 e 30 mL/min e/o presenza di albuminuria); se necessario un ulteriore farmaco per raggiungere il target glicemico può essere aggiunta un'altra opzione, con preferenza per gli agonisti recettoriali del GLP 1 a lunga durata d'azione.



APP PER LA SALUTE

DIGITALE

CONSULTAZIONE/FORMAZIONE



Manuale MSD Professionisti
Riferimento medico tascabile
Merck Sharp & Dohme Corp.
Progettata per iPad
#24 in Medicina
★★★★★ 4,4 - 10 valutazioni
Gratis

Il Manuale MSD per i professionisti offre, a fornitori di cure mediche, infermieri specializzati e studenti, spiegazioni chiare e di natura pratica su migliaia di patologie afferenti a tutte le maggiori specializzazioni mediche e chirurgiche. Include eziologia, fisiopatologia, prognosi e opzioni di valutazione e trattamento.

L'affidabile app medica Manuale MSD per i professionisti offre: migliaia di argomenti scritti e aggiornati regolarmente da oltre 350 medici accademici; foto e illustrazioni di migliaia di disturbi e malattie; video tutorial per diverse procedure ambulatoriali ed esami fisici. Brevi video didattici di medici esperti sui seguenti argomenti chiave: tecniche di ingessatura e steccatura; esami ortopedici, esami neurologici, procedure ostetriche, procedure ambulatoriali (tra cui accessi venosi, drenaggi, cateteri, riduzione di lussazioni e altro).

PILLOLE

NOTA 100

Molti studi clinici (trial randomizzati) documentano un beneficio degli inibitori del SGLT2 e, in minor misura, degli agonisti recettoriali del GLP 1 sulla progressione del danno renale ma, solo per **canagliflozin** e **dapagliflozin** sono stati condotti studi specifici che hanno dimostrato primariamente un beneficio nel rallentare la progressione del danno renale in pazienti macroalbuminurici e con VFG iniziale ridotta (valori iniziali compresi tra 89 e 30 mL/min per canagliflozin e tra 75 e 25 mL/min per dapagliflozin); mentre per gli inibitori del DPP4 i risultati degli studi clinici randomizzati non indicano alcun beneficio sugli esiti cardiovascolari (per saxagliptin è stato osservato addirittura un maggior rischio di scompenso cardiaco, RR 1.22 95%IC 1.03-1.44) e nessun ruolo protettivo sulla progressione della malattia renale. Per tali ragioni, gli inibitori del DPP4 dovrebbero rappresentare farmaci di seconda scelta nei soggetti con malattia renale cronica, malattia cardiovascolare o con fattori di rischio per malattia cardiovascolare.

Di seguito viene riportata la tabella per il trattamento del DMT2 nell'insufficienza renale:

Utilizzo dei farmaci per il trattamento del diabete mellito tipo 2 nell'insufficienza renale (modificata da Standard italiani per la cura del diabete mellito, 2018 e aggiornata in base alle schede tecniche all'agosto 2021)

VFG fino a (mL/min*1.73 m ²)	90	80	70	60	50	40	30	20	15	dialisi
Acarboso ^a										
DPP4i										
Alogliptin										
Linagliptin										
Saxagliptin										
Sitagliptin										
Vildagliptin										
GLP1-RA										
Dulaglutide										
Exenatide										
Exenatide LAR										
Liraglutide										
Lixisenatide										
Semaglutide s.c.										
Semaglutide orale										
Insulina umana/analoghi dell'insulina										
Metformina										
Pioglitazone										
Repaglinide										
SGLT2i										
Canagliflozin ^b										
Dapagliflozin ^c										
Empagliflozin ^d										
Ertugliflozin ^e										
Sulfaniluree										
Glibenclamide										
Gliclazide										
Glimepiride										
Glipizide										
Gliquidone										

DPP4i= inibitori del DPP4; GLP1-RA= agonisti recettoriali del GLP1; SGLT2i= inibitori del SGLT2.

Verde: utilizzabile senza aggiustamenti di dose. Giallo: utilizzabile con cautela e/o aggiustando le dosi. Rosso: controindicato.

^aUtilizzabile per VFG fino a 25 mL/min; ^bse VFG <60 mL/min iniziare e continuare la terapia con la dose da 100 mg; se VFG <30 mL/min non iniziare il trattamento mentre è possibile continuare fino alla dialisi o al trapianto renale nei pazienti già in trattamento; ^cse VFG <25 mL/min non iniziare il trattamento; ^diniziare la terapia, senza necessità di aggiustamenti di dosi, se VFG >60 mL/min; se durante la terapia VFG scende sotto 45 mL/min persistentemente, sospendere il farmaco.

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

CONSULTAZIONE/FORMAZIONE



Tonic: Medicina per Medici
Diagnosi, terapia e altro
Tonic App S.A.
★★★★★ 3,8 x 82 recensioni
Gratis

Tonic App è progettata da medici per medici: oltre 50 calcolatrici (comprese quelle pediatriche); algoritmi decisionali per formulare la diagnosi, prescrivere la terapia e valutare l'invio allo specialista delle patologie più frequenti**; stadiazione TNM; congressi; conversione dei farmaci e discussione sicura dei casi clinici. È un dispositivo medico certificato in tutta Europa per garantire la sicurezza e la qualità degli suoi algoritmi.

Dosi di antibiotico, gap anionico, calcio corretto per l'ipoalbuminemia, Score Child-Pugh, CRB-65, CURB-65, diametro del tubo endotracheale, dose di antibiotico e antipiretico, altezza bersaglio, scala del coma di Glasgow, età gestazionale, indice di massa corporea (BMI), colesterolo LDL, scale MELD, MMRC, NIHSS (Ictus), peso pediatrico stimato, indice caviglia-braccio (ABI), score CRUSADE, Sheridan, area della superficie corporea, equazione CKD-EPI e molto altro ancora.

Anemia nell'adulto, depressione diarrea nell'adulto, febbre in età pediatrica, fibromialgia, gastroenterite acuta nei bambini, infezione urinaria nell'adulto, infezioni della pelle

PILLOLE

NOTA 100

In sintesi possiamo che questa nuova *Nota AIFA* ci permette di gestire in maniera più appropriata la malattia diabetica in quanto ci consente di ottimizzare la presa in carico globale della malattia diabetica e della persona affetta da diabete.



Contenuti Aggiornati Nota 100 AIFA

Non potevamo concludere le nostre riflessioni sulla Nota 100 senza menzionare ed evidenziare la necessità di un appropriato automonitoraggio della glicemia e quanto è cambiato nella prescrizione dei presidi **ausili diabetici secondo le nuove Linee Guida della nostra Regione.**

E' essenziale che il paziente abbia a disposizione i diversi presidi per il monitoraggio della glicemia capillare, ormai parte integrante della gestione della malattia. L'autocontrollo della glicemia è infatti una componente indispensabile nell'autogestione della malattia diabetica sia per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici sia per ridurre il rischio di ipoglicemie gravi. Da una parte, infatti, l'autocontrollo permette al medico di stabilire i livelli glicemici da raggiungere e mantenere e di fornire conseguentemente al paziente indicazioni per la terapia, dall'altra, l'autocontrollo permette alla persona affetta da diabete mellito, opportunamente istruita, di affrontare cambiamenti dell'alimentazione e

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

e dei tessuti molli, infezioni del sistema nervoso centrale, insufficienza respiratoria, osteoartrosi, otite media acuta in età pediatrica, patologia perinatale benigna.

INTEGRABILI CON I GESTIONALI



drCLOUD+ 12+
CompuGroup Medical Italia S.p.A.
Progettata per iPad
Gratis

Puoi accedere a tutte le funzionalità di drCLOUD+ solo utilizzi i software di cartella clinica CGM Italia. drCLOUD+ ti regala la libertà di:

- Avere sempre a disposizione l'intero archivio pazienti (con account drCLOUD attivo)
- Consultare esenzioni attive, allergie e intolleranze per qualsiasi paziente
- Visualizzare i problemi attivi, cronici, sospetti e risolti
- Usufruire del riconoscimento vocale integrato per cercare farmaci e prestazioni o per dettare note da archiviare nel diario clinico del paziente
- Sincronizzare in tempo reale i dati registrati ed eseguire backup automatici
- Visionare i certificati già inviati
- Creare una cartella clinica per un nuovo paziente
- Visualizzare sulla mappa il percorso migliore per raggiungere l'abitazione del paziente
- Contattare rapidamente il paziente con chiamate, SMS,

PILLOLE

NOTA 100

dell'attività fisica con appropriate variazioni della terapia, di identificare e trattare le urgenze, di prevenire e/o gestire efficacemente situazioni a rischio e soprattutto di gestire la terapia con appropriatezza. Ovviamente un corretto autocontrollo glicemico non può prescindere dall'educazione terapeutica del paziente.

La **prescrivibilità dei presidi ausili per diabetici**, fondamentali ai fini dell'automonitoraggio glicemico e quindi di una maggiore autogestione della malattia da parte dei pazienti, prevede la compilazione di un piano terapeutico su Edotto, nella sezione "Assistenza Farmaceutica" - "Gestire Piani Ausili per Diabetici", il quale può essere redatto dal MaP oppure dal diabetologo se il paziente è in possesso di codice di esenzione per patologia (013), la prescrizione, attualmente, è ancora su ricetta rossa.

L'uso e la periodicità dell'autocontrollo glicemico variano in funzione della terapia; a tale riguardo, vengono individuate cinque classi di pazienti:

- 1) Paziente in trattamento insulinico intensivo (basal-bolus o con microinfusore);
- 2) Paziente in trattamento insulinico non intensivo o in trattamento Combinato;
- 3) Paziente in trattamento con ipoglicemizzanti orali secretagoghi;
- 4) Paziente in trattamento dietetico e/o con farmaci insulinosensibilizzanti;
- 5) Paziente con diabete gestazionale.

Sulla base delle caratteristiche dei pazienti sopra specificate, ognuna delle quali necessita di un diverso fabbisogno di determinazioni della glicemia, si determinano i limiti mensili massimi di dispositivi erogabili a carico del SSN. Appare evidente come le modalità di automonitoraggio cambino in relazione al tipo di diabete e alle caratteristiche dei singoli pazienti. È attualmente disponibile una gamma ampia di sistemi per la misurazione della glicemia, che si adattano alle varie esigenze dei pazienti.

Gli Ausili Diabetologici prescrivibili in regime SSR si distinguono in due modalità di erogazione, per Conto e mediante il canale della farmaceutica convenzionata.

In base a quanto previsto dall'accordo regionale e secondo le specifiche di cui alla D.G.R. 610/20, sono oggetto di distribuzione per Conto (DPC) i seguenti ausili diabetici:

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

INTEGRABILI CON I GESTIONALI

mail o applicazioni di messaggistica, utilizzando i dati archiviati in anagrafica

- Operare anche senza connessione o con bassa connettività.



drCLOUD Certificati (17+)
CompuGroup Medical Italia S.p.A.
Progettata per iPhone
★★★★★ 5.0 + 1 valutazione
Gratis

drCLOUD Certificati è un'applicazione che consente di:

- Compilare il certificato INPS del paziente anche direttamente al suo domicilio
- Inviare il certificato di malattia all'INPS
- Sincronizzare automaticamente i dati del certificato con il tuo software di studio (solo attivando con account CGM drCLOUD)

Inoltre, avendo sempre a portata di mano l'intero archivio pazienti (solo attivando con account CGM drCLOUD), si ha la possibilità di accedere in mobilità, per ogni paziente, alle esenzioni attive, visionare i certificati già inviati, visualizzare sulla mappa il percorso migliore per raggiungere l'abitazione o contattare i pazienti telefonicamente.

PILLOLE

NOTA 100

- apparecchi-glucometri per lettura della glicemia;
 - dispositivi pungidito;
 - Striscette reattive per la determinazione della glicemia;
 - Lancette Pungidito;
 - Aghi per penne da insulina;
 - Siringhe da insulina;
 - Striscette reattive per la determinazione della chetonemia nel sangue.
- Invece, continueranno ad essere prescritti e dispensati nel canale della farmaceutica convenzionata, secondo le modalità di cui alla D.G.R. 1714/2011, gli ausili diabetici:
- Strisce reattive per determinazione nelle urine della glicosuria;
 - Strisce reattive per determinazione nelle urine dei corpi chetonici;
 - Strisce reattive per determinazione nelle urine della glicosuria + corpi chetonici.

E' importante ricordare che gli Ausili Diabetici prescrivibili per erogazione nel canale DPC sono esclusivamente riferibili alle aggiudicazioni di gara CONSIP/Innovapuglia.

Inoltre, per la scelta del glucometro più idoneo sono state individuate due macrocategorie di pazienti, in base all'età (under/over 75 anni) e alle capacità tecniche e tecnologiche possedute dal paziente a giudizio del medico prescrittore. Possono influire anche eventuali limitazioni manuali/visive, lo stile di vita, le condizioni di lavoro, la paura della puntura dell'ago o del dolore. In base a questi elementi, il prescrittore sceglierà il device più idoneo per il paziente, tra tre opzioni di scelta per categoria. Sono comunque ammesse eccezioni rispetto alle categorie, in relazione alle abilità tecniche/propensione verso la tecnologia dei singoli pazienti o del caregiver.

E' bene sottolineare che tutti i 5 glucometri prescrivibili presentano funzionalità aggiuntive rispetto ai modelli base: per tutti è possibile la connessione del glucometro al cellulare smartphone utilizzando "app" specifiche. Queste consentono l'elaborazione dei dati glicemici raccolti e la possibilità di invio dei report al medico via mail. Per alcuni glucometri, attraverso le app, è possibile anche la connessione sul cloud da remoto, impostare un diario glicemico,

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI

AVAX Pressione Sanguigna è un diario della pressione arteriosa completo ma semplice da usare che ti aiuterà a tenere traccia della pressione sanguigna nel tempo e ad assumere i farmaci in tempo.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI:

- I grafici completi consentono di visualizzare periodi di dati più lunghi.
- Statistiche che seguono le attuali linee guida per l'ipertensione e che sono facili da capire e danno un quadro chiaro di come appare la tua pressione arteriosa.
- Il nostro calendario dei farmaci ti permette di monitorare la cronologia dell'assunzione e ti permette di impostare un promemoria personalizzato per evitare di dimenticare di prendere il tuo farmaco.
- L'applicazione può anche ricordare ogni volta che è il momento per voi di prendere la pressione sanguigna.
- Un grafico di stato mensile ti mostra se stai monitorando attivamente il nostro bp.
- Visualizza facilmente la tua cronologia ed esportala in CSV o XLSX. Non ci sono limitazioni per ottenere i tuoi dati.
- I nuovi record possono essere inseriti in pochi secondi.

PILLOLE

NOTA 100

allert per valori vicini al limite, allarmi acustici per ricordare ad esempio di eseguire la misurazione, etc.

Sarà possibile per i medici prescrittori verificare in tempo reale i singoli quantitativi di kit/striscette/lancette ancora disponibili rispetto ai totali previsti su scala regionale.

Sannino Francesca

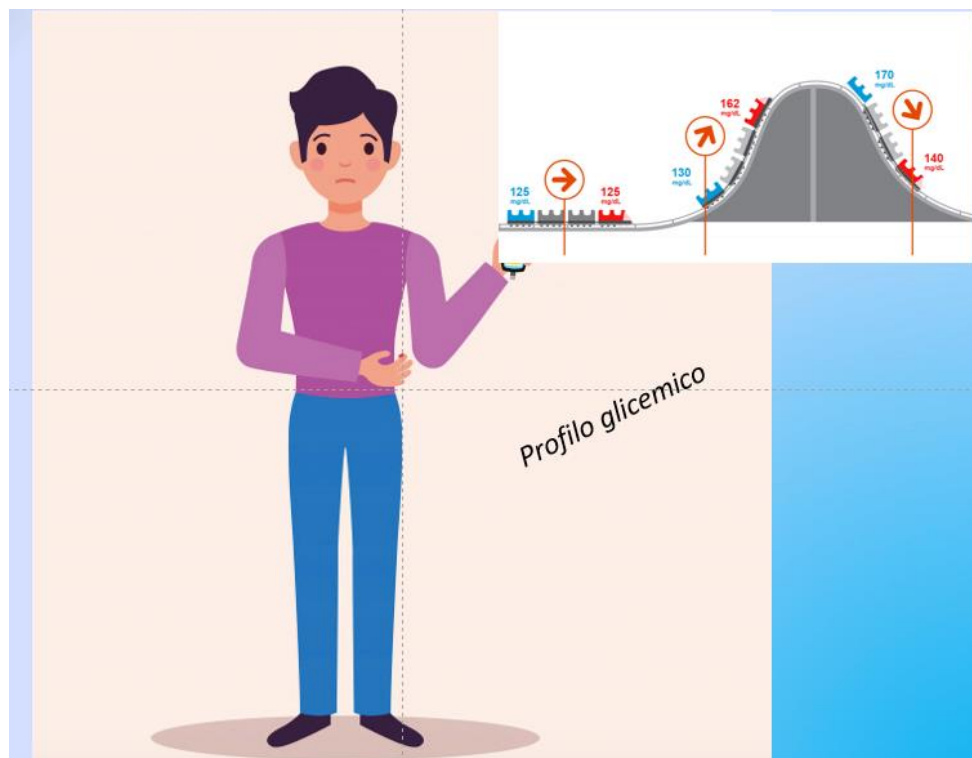
Moretti Grazia

Perrino Roberta

Dí Palo Antonio

Giombini Silvia

Parisi Claudia



APP PER LA SALUTE

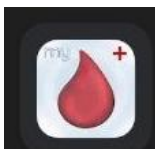
DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI



AVAX Pressione Sanguigna
Diario & Notifica di medicina
Matthias Klueft
Progettata per iPad
★★★★☆ 4,5 • 87 valutazioni
Gratis - Offre acquisti in-app

- Inseguitore di peso: Tenere traccia del peso (per vedere se c'è un link) o gestire la perdita di peso.
- Diabete inseguitore: Ti aiutiamo a monitorare la glicemia e gestire il diabete.



My INR
iMonitorMy

My INR è progettato per consentire ai pazienti di monitorare meglio la loro lettura INR e prescritto Warfarin o Coumadin.

Durante la terapia anticoagulante orale, è importante e altamente raccomandato che si controlla con precisione l'INR per garantire dosaggi appropriati vengono prescritti e per un risultato migliore salute.

My INR è stato progettato per i pazienti che utilizzano Warfarin o Coumadin e sono tenuti a auto-test o vorrebbero assumere un ruolo più attivo nel monitoraggio

FORMAZIONE

CONCORSO NAZIONALE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: LA REALTA' PUGLIESE



Lo scorso 23 febbraio si è svolto all'interno dei padiglioni della Fiera del Levante, a Bari, il concorso per l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (di seguito CFSMG), per il triennio 2021-2024.

Il CFSMG rappresenta una delle possibili strade formative del medico, nel periodo post - laurea e in Italia rappresenta anche l'unica via per accedere alle graduatorie dell'Assistenza Primaria.

Il corso ha una durata di 36 mesi e prevede una rotazione del medico corsista tra ambulatori di Medicina Generale, reparti ospedalieri, e Medicina extraterritoriale, tutte attività pratiche coadiuvate da una costante formazione teorica.

Il programma didattico formativo strutturato ha l'obiettivo di rendere più competente il MMG in varie aree di pratica clinica con la frequenza di corsi professionalizzanti anche pratici e di arricchire le conoscenze scientifiche e le capacità di ricerca il futuro MMG. Il processo formativo, così articolato, "si pregia" di far acquisire al futuro MMG competenze necessarie ad essere medici di fiducia del singolo individuo, a curare gli individui nel contesto della loro famiglia e nel contesto socio-culturale, ad integrare, negoziando i piani di gestione con i pazienti, i fattori fisici, psicologici, sociali e culturali, ad esercitare il ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o interventi palliativi. Tanto, attraverso "l'offerta" e "scambio" di esperienze didattiche pedagogicamente professionalizzanti atte a far acquisire le competenze professionali necessarie al processo di cura della persona sana e malata.

La selezione è stata coordinata dalla dottoressa Antonella Caroli, dirigente del Servizio strategie e governo dell'assistenza territoriale della Regione

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI

del loro trattamento. Ci sono molte condizioni che richiedono il monitoraggio INR come la fibrillazione atriale, cardiomiopatia, embolia polmonare, ictus e trombosi venosa profonda (TVP) tra molti altri. Il mio INR è uno strumento ideale da utilizzare insieme al trattamento e al recupero.

Sommario delle caratteristiche:

- Monitorare e tracciare le letture INR
- Imposta il tuo Target INR range
- Aggiungere nuove letture INR
- Aggiungere Warfarin o Coumadin prescritti
- Aggiungere e fissare dosaggi alternativi per ogni giorno della settimana
- Retrodatazione delle letture INR e dei dosaggi
- Rappresentazione visiva delle compresse e del dosaggio
- Dosaggio alternato ogni giorno e compresse frazionate
- Aggiungere farmaci e promemoria di appuntamenti
- Aggiungere una nuova nomina
- Visualizza la cronologia INR come un elenco o un grafico
- Guida al l'avviamento, passo dopo passo
- Guida sul l'INR
- Design facile da usare
- Esporta cronologia INR come file CSV

CONCORSO NAZIONALE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: LA REALTA' PUGLIESE

Puglia. La commissione concorsuale è stata presieduta dal dottor Pietro Scalera, e composta dalla dottoressa Maria Zamparella e dal dottor Giuseppe Bartucci.

Il concorso, giunto ormai alla sua 27° edizione, prevede un'unica prova scritta, costituita da 100 domande a risposta multipla.

Per la prima volta tuttavia, è stata eliminata dalle norme concorsuali la soglia minima del punteggio, che nelle scorse edizioni aveva consentito di selezionare ulteriormente i candidati, i quali potevano poi accedere alla graduatoria provvisoria (e, a seguito delle verifiche della ASL, definitiva) solo conseguendo un punteggio pari almeno a 60 punti.

Quest'anno invece, i candidati potranno inserirsi nella graduatoria utile con qualsiasi punteggio. La graduatoria prevede degli scorrimenti fino a 60 giorni dopo la data della prova, per evitare la dispersione delle borse di studio.

Dei 385 medici ammessi a sostenere la prova, se ne sono presentati 264, provenienti da diverse regioni del centro - sud della penisola, a concorrere per un totale di 226 borse di studio. Come è possibile evincere dai numeri dei candidati e delle borse regionali messe a bando, quest'anno il rapporto si avvicina molto all'1:1. Tale fenomeno, che auspica finalmente il superamento dell'imbuto formativo, è probabilmente dovuto anche al cospicuo aumento delle borse di Specializzazione messe a bando nell'ultimo concorso nazionale, SSM2021.

Il numero dei "camici grigi" infatti, è stato notevolmente ridotto, per l'accesso nelle scuole di specializzazione. Tuttavia tra i candidati erano presenti 55 medici già titolari di una borsa in scuola di specializzazione.

In data 16 marzo 2022 è stata approvata e pubblicata sul B.u.r.p. la graduatoria provvisoria relativa al suddetto concorso. I giovani colleghi ammessi al corso di formazione che hanno totalizzato un punteggio da un minimo di 45 ad un massimo di 82, inizieranno le attività del corso a partire dal mese di aprile.

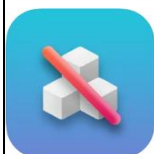
Condividiamo l'augurio dell'assessore alla Sanità, Rocco Palese che in sede concorsuale ha definito i futuri corsisti come "il futuro del sistema sanitario pugliese, anche alla luce degli sviluppi determinati dal PNRR".

*Centrone Antonio
Masotti Marianna
Cataldi Elisabetta*

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI



Diabete Dieta Salute Ricette 12+
Diabetico Ricette - Pasto Piani
Riafy Technologies Pvt. Ltd.
Progettato per iPad
Gratis - Offerta acquisti in-app

Ottieni gustose e sane ricette per diabetici, con istruzioni passo passo per ricette, video di ricette, informazioni nutrizionali e altro ancora.

Inizia a cucinare queste ricette per diabetici gratuitamente, con l'app di ricette per diabetici di Cookbook. La tua ricerca di ricette per diabetici sani e facili finisce oggi. Impara a cucinare gustosi pasti per diabetici dalle raccolte di ricette delle migliori ricette per diabetici del mondo. Puoi scaricare ricette per diabetici per creare una raccolta offline di ricette per diabetici sani. Dieta diabetica significa che la dieta elimina il contenuto di zucchero e riduce il carico sul pancreas.

Per le persone affette da diabete, questo aiuta a far fronte al basso contenuto di insulina prodotto dal pancreas. Tieni sotto controllo il tuo diabete mangiando pasti sani e adatti ai diabetici con la nostra app di ricette per diabetici.

La dieta per il diabete contiene carboidrati sani, alimenti ricchi di fibre, pesce e grassi buoni.

SALUTE E GENERE

PEDIATRIA

**LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO SI ASSISPENZA PRIMARIA**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la "medicina di genere" come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio-economiche e culturali, definite dal genere, sullo stato di salute di ogni individuo.

L'articolo 3 della legge del 31 gennaio 2018 ha disposto l'applicazione e la diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale e predisposto un Piano Attuativo volto alla sua diffusione. Tale Piano è stato approvato formalmente il 13 giugno 2019 dal Ministro della Salute e con l'approvazione di questa legge l'Italia è stata il primo Paese in Europa a formalizzare l'inserimento del concetto di "genere" in medicina.

Si tratta di un concetto trasversale che interessa tutto l'ambito delle cure, dalla pediatria alla geriatria.

Vi sono numerosi dati epidemiologici, clinici e sperimentali che evidenziano l'esistenza di differenze di genere nella popolazione adulta, in termini di sintomatologia, decorso clinico delle malattie e risposta ai trattamenti terapeutici.

Nell'adulto le statistiche e i dati raccolti nel tempo hanno evidenziato come queste differenze dipendano da fattori ormonali, genetici, metabolici e ambientali.

In età pediatrico-adolescenziale ci sono dei dati in letteratura, ma sono ancora dati limitati, che indicano sicuramente la presenza di specificità nei due sessi, ma che ancora non ci danno delle indicazioni precise sul rapporto di causalità.

Dato il crescente interesse per la medicina di genere, nel 2019 la Società Italiana di Pediatria ha creato un gruppo di studio con l'obiettivo di promuovere un nuovo approccio "di genere" in ambito pediatrico, esteso dall'età neonatale fino a quella adolescenziale.

La Società italiana di pediatria, in occasione del 77° Congresso, che si è tenuto a Sorrento a Maggio 2022, ha diffuso la prima Guida sulle differenze di genere nei bambini e negli adolescenti.

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

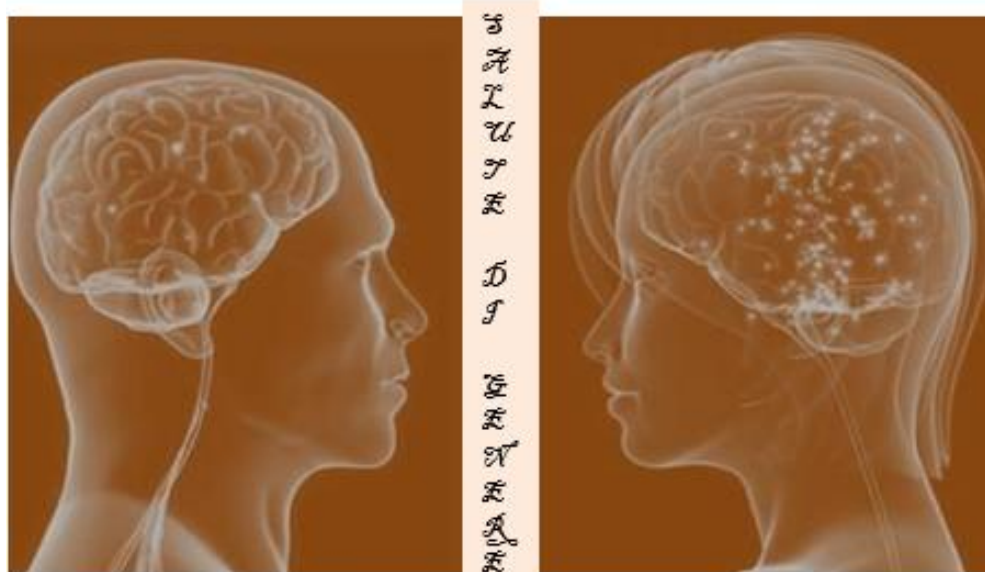
DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI

1. Scegli le tue ricette preferite dalle raccolte di ricette per diabetici.
2. Pianificatore giornaliero di ricette per diabetici.
3. Ricette per diabetici gratuitamente
4. Fare una lista della spesa per la spesa per diabetici.
5. Invia la lista della spesa delle ricette per diabetici al tuo partner.
6. Invia ricette per diabetici agli amici.
7. Ottieni ricette per diabetici offline senza internet.
(Nessuna connessione Internet richiesta)
8. Cercatore di ricette diabetiche per ingredienti.
9. Ricerca di ricette per diabetici per ingredienti, occasioni, preferenze dietetiche, difficoltà di cottura ecc.
10. Ottieni ricette alimentari popolari per diabetici da tutto il mondo.

**LA MEDICINA DI GENERE IN ETÀ PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

In quest'occasione la dr.ssa Isabella Tarissi de Jacobis, segretario del gruppo di studio sulla medicina di genere della SIP, ha sottolineato come in effetti non si siano ancora individuati i fattori determinanti tali diversità, in ambito pediatrico, e come sia importante sensibilizzare non solo i pediatri ma anche i medici di medicina generale e i genitori, a questo nuovo approccio in modo da creare la giusta sinergia affinché diventi sempre più concreto un percorso clinico differenziato e indirizzato anche al genere.

L'obiettivo è quello di promuovere l'approccio di genere in età pediatrica ed adolescenziale anche nel setting della medicina generale non solo in termini di counseling ma soprattutto di prevenzione, diagnosi e cura.



Suscettibilità alle infezioni.

I dati in letteratura mostrano una maggiore incidenza di malattie infettive nel sesso maschile, con dei distinguo in termini di decorso, prognosi e mortalità.

Le infezioni virali, batteriche e parassitarie presentano maggiori complicanze e mortalità più alte nel sesso maschile, mentre il decorso clinico delle infezioni virali pare essere più impegnativo nel sesso femminile. I neonati e lattanti maschi sono più suscettibili alle infezioni respiratorie, ma anche, come è stato dimostrato nei Paesi in via di sviluppo, alle infezioni protozoarie come la malaria e la leishmaniosi. Nei maschi, inoltre, il rischio di tubercolosi è doppio rispetto alle femmine; maggiore è anche la suscettibilità all'infezione da virus dell'epatite B.

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI



Glaucoma

Questa APP gratuita realizzata da S.I.G.L.A. ha l'obiettivo di fornire al paziente un rapido riepilogo, sempre aggiornabile, dei principali parametri clinici della propria malattia (pressione intraoculare, pachimetria corneale, angolo irido-corneale, campo visivo, OCT, ...) e della terapia seguita, per consentire di avere - in qualunque momento e luogo - un quadro completo della propria situazione clinica attuale e pregressa.

Inoltre, la possibilità di inserire degli avvisi sonori/visivi per assumere le terapie o per gli appuntamenti delle visite di controllo ed esami strumentali la propone come un valido aiuto giornaliero al fine di ottenere una migliore aderenza terapeutica alle indicazioni e prescrizioni del medico e quindi una corretta prevenzione e controllo della malattia.

LA MEDICINA DI GENERE IN ETÀ PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

La risposta immunitaria, sia umorale che cellulo-mediata, è nel sesso femminile più efficiente e prolungata nel tempo rispetto a quella del maschio. Ricordiamo che molti geni che sono correlati all'immunità si trovano sul cromosoma X.

Per quanto concerne l'immunità innata: nelle femmine si osserva una maggiore espressione dei Toll-Like Receptors, che sono deputati al riconoscimento di una grande varietà di molecole espresse dai patogeni ma non dalle cellule dell'organismo, ed una maggiore attività fagocitica (macrofagi, neutrofili).

Per quanto concerne l'immunità acquisita i livelli anticorpali, le risposte citochiniche, la conta delle cellule T CD4+ e CD8+, sono maggiori nelle femmine.

Anche gli ormoni intervengono poi a modulare ulteriormente la risposta immunitaria: gli estrogeni a basse dosi stimolano la risposta dei Th1, mentre ad alte dosi quella dei Th2 e la produzione anticorpale; il testosterone al contrario ha un ruolo immunosoppressivo.

Queste differenze sono meno pronunciate in età pediatrica rispetto all'età adolescenziale ed adulta, proprio perché il sistema immunitario nei bambini è in via di sviluppo, nonché per l'importante ruolo immunomodulante degli ormoni e di eventuali sopraggiunti fattori ambientali.

In ogni caso tutti questi aspetti concorrono a far sì che, le bambine prima e le donne poi, siano più protette verso le infezioni, ma più esposte al rischio di patologie autoimmuni ed infiammatorie.

Una delle patologie infettive più frequenti in età pediatrica è la bronchiolite. Si tratta di un'infezione acuta virale del sistema respiratorio che colpisce i lattanti nel primo anno di vita, con una maggiore frequenza nel periodo che va da novembre a marzo. E' causata, nel 70% dei casi, dal virus respiratorio sinciziale.

In collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto uno studio retrospettivo basato sull'analisi delle cartelle cliniche di 388 bambini con età inferiore ai 12 mesi (210 maschi e 178 femmine) ricoverati per bronchiolite da Gennaio a Dicembre 2016. Da tale studio è emerso quanto già documentato in letteratura: la bronchiolite è risultata più frequente nei bambini, che sono risultati anche a maggior rischio di sviluppare complicanze quali l'iperattività bronchiale e asma. Come per le altre forme virali però le

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI



Poopify - Salute intestinale

Everton Leite

La salute digestiva è fondamentale, soprattutto quando si ha una malattia cronica. Analizzare la forma, le dimensioni e le caratteristiche delle feci può anche aiutarli a identificare un possibile problema digestivo.

Poopify ti consente di registrare ogni evacuazione aggiungendo importanti sintomi e dettagli utili al monitoraggio della funzione intestinale (formato, forma, colore, odore, volume, livello di dolore, tempo trascorso in bagno, presenza di sangue e residui di cibo, eccessiva flatulenza, sforzo da evacuare, presenza di muco e scrivere note a riguardo). Si basa sulla Bristol Stool Scale, uno strumento medico diagnostico progettato per classificare la forma delle feci umane in sette categorie.

Mostra anche molte statistiche e grafici sulla frequenza di evacuazione, quando si verifica e quali sono i tuoi schemi. Si può utilizzare queste funzionalità per registrare la tua routine e mostrarla al tuo medico in caso di problemi di salute.

LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

bambine hanno presentato manifestazioni cliniche più accentuate e una risposta infiammatoria più marcata, documentata sia in termini di conta leucocitaria che di aumentati livelli sierici di PCR.

Alla luce di quanto emerso i bambini maschi sono a maggior rischio di forme gravi che necessitano di ospedalizzazione. Il MaP pertanto, deve individuare precocemente segni e sintomi di ipossigenazione e disidratazione, quali: febbre elevata, tachipnea, tachicardia, tosse persistente, alitamento delle pinne nasali, rientramenti intercostali, difficoltà ad alimentarsi e crisi di apnea.

Gli adolescenti sono più a rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili (Ist);

dei 340 milioni di nuovi casi annuali di Ist, almeno 111 interessano giovani sotto i 25 anni di età.

Si stima, infatti, che ogni anno un adolescente su 20 e in età man mano sempre più bassa, contragga una Ist, e più della metà delle nuove infezioni di Hiv ogni anno interessano giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni.

Sono le giovani donne a rivolgersi più frequentemente ai consultori familiari e prenatali soprattutto per le infezioni da *Clamidia Trachomatis* e da *Neisseria gonorrhoeae*.

Le ragazze sono più vulnerabili dei ragazzi per ragioni fisiologiche e talvolta sociali.

Malattia di Kawasaki

Un'altra patologia che vede il sesso maschile più svantaggiato è la malattia di Kawasaki; si tratta di una vasculite pediatrica che colpisce di solito i bambini tra 1 e 5 anni d'età; i bambini maschi sono colpiti una volta e mezza in più rispetto alle bambine (rapporto 1,6:1), presentano maggiori complicanze e rispondono meno alla terapia di prima linea (Dosi elevate di immunoglobuline e aspirina).

La sindrome di Kawasaki causa infiammazione generalizzata dei vasi sanguigni, tanto più grave quando coinvolge i vasi del distretto cardiaco e renale; sintomi tipici sono febbre, eruzione cutanea, lingua rosso fragola. La causa è ignota, ma evidenze suggeriscono che sia un virus o un altro agente infettivo a innescare una risposta anomala del sistema immunitario in bambini geneticamente predisposti. Di recente se n'è parlato spesso in

APP PER LA SALUTE

DIGITALE

DA CONSIGLIARE AI PAZIENTI

Per le donne che utilizzano l'app c'è un semplice tracker a ciclo mestruale, quindi si può vedere come la sua mestruazione e l'ovulazione influenzano l'attività intestinale.

*Fasano Carla
De Martino Francesco*



LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

relazione alla Sindrome infiammatoria multisistemica MIS-C, quale complicanza pediatrica del Covid-19.

La MIS-C è caratterizzata da un'aberrante risposta infiammatoria, con febbre elevata, shock e prevalente interessamento miocardico e/o gastrointestinale

La diagnosi di MIS-C si basa sulla contemporanea presentazione di tre particolari condizioni:

1. Età < 21 anni, con febbre(> 38,0 ° C per ≥ 24 ore), evidenza laboratoristica di infiammazione (aumento di proteina C reattiva, velocità di eritrosedimentazione, fibrinogeno, procalcitonina, d-dimero, ferritina, acido lattico deidrogenasi o interleuchina 6, neutrofili elevati, linfociti ridotti e albumina bassa) ed evidenza di malattia clinicamente grave che richiede il ricovero in ospedale, con coinvolgimento multisistemico (più di due distretti interessati: cardiaco, renale, respiratorio, ematologico, gastrointestinale, dermatologico o neurologico)
2. Nessuna diagnosi plausibile alternativa
3. Positività per infezione attuale o recente da SARS-CoV-2 .

Patologie dell'apparato scheletrico-articolare

Displasia Congenita delle Anche

È una patologia caratterizzata da un ritardo di maturazione parziale o completa dei rapporti articolari . Ha una prevalenza variabile in base ad età diagnosi fattori geografici razziali (0.06 in Africa -76.1 tra i nativi americani ogni 1000 nati vivi).

L'incidenza è maggiore tra le bambine. È un fattore di rischio statisticamente significativo ed indipendente confermata dalla letteratura scientifica, esattamente come la presentazione podalica, la familiarità, la primiparità della mamma e parti complicati. La diagnosi è clinica ed ecografia per i neonati (primi giorni prime settimane di vita), oltre i sei mesi è possibile effettuare l'esame radiologico anche il follow-up .

Le bambine presentano una maggiore lassità articolare che potrebbe però

**LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

determinare una falsa positività alle manovre diagnostiche di ortolani e Barlow e conseguente diagnosi di instabilità articolare che sottoporre ad ulteriori approfondimenti.

La terapia consiste nell'utilizzo di tutori regolabili e nei casi più gravi da intervento chirurgico: sia nei bambini che nelle bambine e non si evidenziano differenze circa l'efficacia della terapia.

Le bambine però presentano delle differenze morfologiche delle articolazioni coxofemorali (es. precoce comparsa del nucleo di ossificazione) che condizionano l'evoluzione della displasia nell'età adulta.

Scoliosi

La più diffusa forma di Scoliosi è quella idiopatica adolescenziale AIS , che ha una prevalenza del 2-3% in età scolare. L' AIS insorge più frequentemente nelle bambine proprio in virtù dello sviluppo puberale fisiologico .

L'incidenza delle scoliosi lievi – moderate è simile nei 2 sessi con rapporto F:M di 1,3:1; Per la scoliosi grave il rapporto si modifica in modo più importante con valori pari a 5,4:1 ; Per la scoliosi severa il rapporto è invece 7:1 La diagnosi è clinica e radiografica. Nelle bambine la valutazione clinica deve essere più precoce rispetto ai maschi, in rapporto allo sviluppo puberale Non si conoscono tecniche di prevenzione, per cui l'unica possibilità è la diagnosi precoce e il tempestivo e adeguato trattamento che prevede l'uso di corsetti e la chirurgia

A questo proposito è importante sottolineare che il MaP dovrebbe essere molto attento a monitorare lo sviluppo del rachide nella fascia di età compresa tra i 9 e 15 anni per intercettare precocemente la possibile insorgenza di una scoliosi evolutiva specie nelle bambine .

Pubertà Precoce

La pubertà è caratterizzata da una serie di cambiamenti fisici e psicologici che culminano nello sviluppo dei caratteri sessuali secondari e nella maturazione delle gonadi. Nelle bambine la pubertà è considerata normale quando inizia tra gli 8 e i 13 anni; nel maschio la pubertà normalmente compare tra i 9 ed i 14 anni.

LA MEDICINA DI GENERE IN ETÀ PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER LA MEDICINA GENERALE

Si definisce invece pubertà precoce la comparsa dei segni di sviluppo sessuale prima degli 8 anni nelle bambine e prima dei 9 anni nei maschi.

L'inizio della pubertà viene definito dalla comparsa della ghiandola mammaria nella bambina (telarca) mentre nel maschio dal progressivo aumento del volume testicolare.

Le trasformazioni del periodo puberale non sono solo fisiche; i cambiamenti ormonali e psico-emotivi, la ricerca dell'identità e dell'indipendenza, spingono gli adolescenti verso nuovi comportamenti e nuove esperienze incluso l'inizio dell'attività sessuale, spesso senza aver raggiunto un buon livello di conoscenza e capacità di giudizio per scelte informate e consapevoli.

In epoca puberale il MaP deve instaurare un counseling appropriato per il paziente adolescente, differenziato per genere, al fine di trasmettere le giuste informazioni e di modificare i comportamenti che possono influire negativamente sulla salute riproduttiva di ragazzi e ragazze.

Negli ultimi decenni si è verificata una progressiva riduzione dell'età di inizio della pubertà, con un picco di crescita più precoce, più breve e meno accentuato nelle bambine; ciò comporta una statura finale inferiore nelle bambine.

L'accelerazione della crescita staturale e l'avanzamento dell'età ossea ha una incidenza tra le 10 e le 20 volte superiore nelle bambine rispetto ai maschi

La pubertà precoce è idiopatica nel 90% delle bambine e nel 60% dei bambini.

Il MaP di fronte ad un sospetto diagnostico di pubertà precoce dovrebbe procedere alla valutazione clinica mediante un esame obiettivo accurato e alla valutazione dell'accrescimento osseo mediante opportuni esami radiologici (rx polso- mano sinistra) nonché al dosaggio dei livelli sierici delle gonadotropine e degli steroidi gonadici e surrenalici al fine di intercettare precocemente il problema ed impostare una terapia adeguata.

Celiachia

La celiachia è una malattia autoimmune, caratterizzata dalla intolleranza al glutine che attiva una risposta immunitaria anomala con un'inflammatione cronica dell'intestino in individui geneticamente



**LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

predisposti. La prevalenza in Italia è dello 0,7% E per i 2/3 interessa le donne.

La diagnosi prevede i test sierologici ,gli anticorpi anti-transglutaminasi tissutali di classe IgA (tTG) e gli anticorpi anti-endomisio (EMA), e la biopsia della mucosa intestinale.

Se i livelli di anti-tTG sono >10 volte il limite massimo in un paziente sintomatico e geneticamente predisposto, la biopsia intestinale potrebbe essere omessa.

In base alle caratteristiche anatomo-patologiche della mucosa, alla positività degli anticorpi ed alle manifestazioni cliniche si riconoscono diverse forme di celiachia: classica, atipica, silente e latente.

Nei primi anni di vita prevalgono sintomi gastrointestinali, con arresto della crescita ponderale, malnutrizione, diarrea cronica, distensione addominale, e più raramente obesità.

Poi ,si osservano per lo più manifestazioni extraintestinali: bassa statura, ritardo puberale, anemia sideropenica resistente alla terapia marziale, osteoporosi e osteopenia. Nella femmina è più frequente l'infertilità, gli aborti ripetuti, il basso peso alla nascita, e il parto prematuro. Più frequente nel maschio è la localizzazione cutanea della patologia che si presenta come una dermatite erpetiforme.

Nelle bambine sotto i 14 anni prevale la celiachia classica sintomatica con anemia sideropenica e con una minore percentuale di patologia silente. Il sesso maschile invece sembra avere un maggior rischio di sviluppare il linfoma a cellule T.

Conoscere queste differenze è importante per il MaP al fine di impostare accertamenti utili alla diagnosi differenziale.

Centrale è il ruolo del MaP nella rete di gestione di questa patologia soprattutto nel periodo di transizione dall'età pediatrica a quella adolescenziale, nel momento in cui il paziente adolescente deve essere preso in carico dal centro di riferimento dell'adulto e non più dal pediatrico. Rilevanti sono le problematiche psicologiche correlate al cambiamento delle figure professionali di riferimento.



**LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

Steatosi Epatica non Alcolica

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è la principale causa di malattia epatica cronica nei bambini, correlata all' obesità

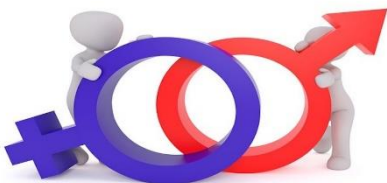
Spesso si pensa che questa patologia sia di esclusiva pertinenza dell'età adulta, ma non è così; il MaP di fronte ad un paziente adolescente obeso deve attuare delle misure di prevenzione ed eventualmente di correzione della NAFLD proprio perché questa patologia, caratterizzata dall'accumulo di grasso nel fegato (non dovuto all'assunzione di alcol), può evolvere, se non trattata, in infiammazione e fibrosi epatica. Anche da parte dei genitori c'è una resistenza nel considerare questa patologia nel proprio figlio adolescente, tanto che a volte il MaP si trova a dover insistere per poter attuare le procedure diagnostiche necessarie (ecografia, rmn, Fibroscan-elastografia epatica).

Circa il 3-10% della popolazione pediatrica è affetta da NAFLD; percentuale intorno al 70% nei bambini con obesità grave. I fattori metabolici che condizionano il rischio di NAFLD sono l'obesità addominale, la resistenza all'insulina, la dislipidemia, l'etnia ispanica ed alcune varianti genetiche.

Recentemente la NAFLD è stata rifinita come MAFLD (steatosi epatica associata a disfunzione metabolica).la diagnosi di MAFLD pediatrica si basa sul riconoscimento della presenza di grasso nel fegato (mediante indagini ecografiche ,biopsia o biomarcatori) in aggiunta a uno dei tre criteri: eccesso di adiposità, presenza di prediabete o diabete di tipo 2, o evidenza di disfunzione del metabolica. Si è osservata una maggiore prevalenza di NAFLD nel genere maschile, probabilmente in rapporto al ruolo protettivo degli ormoni femminili che già a partire dall' età adolescenziale riducono il rischio di sindrome metabolica nelle donne.

In realtà il metabolismo dei lipidi, la distribuzione del grasso corporeo e le differenze nella composizione del microbiota intestinale sono tutti elementi che concorrono possano nel determinare la differente incidenza di genere della MAFLD pediatrica.

Molto importante è il ruolo del MaP nell'approccio terapeutico che consiste in prima istanza nella modifica degli stili i vita in termini di abitudini alimentari più sane (Dieta Mediterranea) e promozione dell'attività fisica .



LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER LA MEDICINA GENERALE

Il MaP ha come obiettivo il riconoscimento precoce della patologia come condizione ad alto rischio di sviluppo di malattie croniche ad elevata morbidità/mortalità nella vita adulta.

Anoressia e Bulimia

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche dall'eziologia complessa e multifattoriale, in passato considerate prevalentemente femminili, con un rapporto maschi - femmine di 1:10. Attualmente si registra una modifica nella prevalenza, con un maschio affetto per ogni quattro femmine con anoressia e uno per ogni 8-11 femmine con bulimia.

Sono caratterizzate da comportamenti finalizzati al controllo dell'aspetto fisico nella forma e nel peso, con conseguente danno per la salute fisica e psicologica.

Si è abbassata notevolmente l'età di esordio e sono comparse forme "aspecifiche" che si manifestano in entrambi i sessi. Le differenze tra i sessi sono meno pronunciate per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI). Le adolescenti, sono sempre di più spinte ad emulare stereotipi di bellezza (modelle, influencer ed altro) assumendo standard alimentari non adeguati ai fabbisogni di crescita. Nei maschi è il desiderio di emulare modelli sportivi (calcio, Body building ed altro) e una preoccupazione eccessiva per l'aspetto fisico a determinare un maggior rischio di DCA inducendoli a seguire diete incongrue. E' importante riconoscere precocemente alcuni campanelli dall'allarme quali l'attività fisica intensa ed ossessiva, la perdita di peso, la tendenza all'isolamento e all'irritabilità. Il ruolo assunto dalla famiglia e dal contesto scolastico (insegnanti, amici) risulta fondamentale quanto la figura del pediatra di assistenza primaria e del MaP che deve intercettare precocemente tali segni e sintomi.

L'interazione con questi pazienti deve essere mirata all'ascolto, alla comprensione delle problematiche sottostanti e non al giudizio, utilizzando un approccio multidisciplinare che coinvolga specialisti esperti come psicologi e nutrizionisti. Presso l'asl Bari è attivo un centro per i disturbi del comportamento alimentare (**UOSVD** Unione Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale, presso l'ex Ospedale Umberto I° ad Altamura) e l'accesso avviene con prenotazione mediante ricetta del MaP.



LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il Centro è specializzato in problemi come anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata (BED).

L'offerta assistenziale è di tipo ambulatoriale intensiva con approccio multimodale integrato.

Viene svolta un'attività psicodiagnostica, di valutazione psichiatrico-psicologica, di laboratorio e strumentale preliminare per la presa in carico del paziente e l'avvio del programma terapeutico individuale. Gli utenti del centro sono minori a partire dai 10/11 anni circa e adulti, affetti da DCA.

Il centro si occupa anche di attività di informazione e prevenzione presso contesti scolastici, sportivi e familiari; vengono inoltre organizzati anche eventi formativi per i MaP e le altre figure sanitarie.

Autismo

Nel DSM V il disturbo dello Spettro Autistico è definito come “un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo, caratterizzati da esordio precoce di difficoltà nella interazione e comunicazione sociale, associata a comportamenti e interessi ripetitivi e ristretti”.

Il DSM V ha proposto la dicitura “Disturbo dello Spettro Autistico” raggruppando numerosi disturbi del neurosviluppo senza distinzione in sottotipi specifici.

Tale definizione in letteratura potrebbe lasciare agli specialisti un ampio margine per diagnosticare come autismo anche altre patologie del neurosviluppo e del comportamento, con attribuzione della relativa esenzione.

L'autismo in Italia nei bambini tra i 7 e 9 anni ha prevalenza di 1:77, con una frequenza maggiore nei maschi (4,4 volte in più rispetto femmine). Ad oggi, sono poche le informazioni che si hanno sul ruolo del genere nella sintomatologia e qualità di vita. Il cervello femminile presenta delle differenze rispetto a quello maschile in termini di funzioni sociali, emotive e cognitive. Le manifestazioni cliniche nel sesso femminile, sono spesso sfumate e ciò comporta una difficoltà nella diagnosi. Le femmine affette da autismo presentano, infatti, migliori competenze comunicative, una maggiore capacità nell'esprimere gli stati emotivi, minori comportamenti disfunzionali nell'interazione e tendenza al perfezionismo.



LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Solo da poco tempo, l'acquisita consapevolezza della neurodiversità e l'eterogeneità delle manifestazioni cliniche ha permesso di fare diagnosi precoce anche di forme sfumate grazie alla maggiore sensibilizzazione del MaP che indirizza verso trattamenti precoci e individualizzati. Quindi il MaP può trovarsi di fronte a un numero elevato di pazienti con diagnosi di autismo, con relativa esenzione.

Bullismo

Anche per il fenomeno del bullismo emergono delle differenze di genere. Generalmente il 'bullo' è un ragazzo/a che agisce in modo persecutorio nei confronti della vittima e con l'intento consapevole di essere dominante. Dai dati raccolti dall' ISTAT le vittime di violenza sono maggiormente ragazze che tendono a non confidare le violenze per vergogna; diventa in questi casi più difficile intercettare tali situazioni di disagio sia da parte dei parenti che del medico di famiglia.

Il bullismo è un fenomeno radicato che ha una portata mondiale. Può esplicitarsi e propagarsi con il dilagante utilizzo dei social network e internet, innescando problematiche e spunti di riflessione, creando di fatto il problema del cyberbullismo.

Il MaP deve essere, quindi, particolarmente attento a rilevare cambiamenti di umore e del comportamento o il calo delle prestazioni scolastiche che potrebbero celare o condurre a problemi di salute emotiva e mentale (depressione ed ansia).

Vaccini

Una nuova frontiera in termini di prevenzione primaria è rappresentata dalla "vaccinologia di genere" che potrebbe rivelarsi utile a realizzare una strategia di prevenzione più mirata ed efficace. Evidenze scientifiche mostrano come le femmine sviluppino risposte immunitarie, innate e acquisite, più intense rispetto ai maschi, documentate da più elevati titoli anticorpali in risposta ai vaccini. Differenze si registrano anche in relazione agli eventi avversi segnalati dopo la vaccinazione che risultano circa il doppio nelle femmine. Sono oggetto di approfondimento le ragioni alla base di tale divario; probabilmente concorrono fattori quali le differenze di esposizione, fattori psico-sociali (maggiore predisposizione delle donne alla segnalazione) e biologici. L'obiettivo è quello di comprendere come



**LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

migliorare la risposta immunitaria nei maschi e ridurre le reazioni avverse ai vaccini nelle femmine.

Il MaP ha un ruolo fondamentale nella prevenzione e nella gestione “real life” della salute nel territorio; la vaccinazione è un atto di medicina d’iniziativa di competenza delle cure primarie, che può avvalersi del supporto del dipartimento di prevenzione in particolari condizioni di fragilità ed emergenza.

E’ importante la sinergia e l’integrazione tra il MaP e il Pediatra di assistenza primaria poiché la discontinuità di comunicazione tra le due figure professionali nuoce al percorso di prevenzione, diagnosi e cura e alla medicina di genere. In prima istanza il Pediatra di assistenza primaria dovrebbe sviluppare sensibilità e competenze specifiche che tengano in considerazione il sesso fin dall’epoca neonatale poiché alcune differenze di genere si manifestano precocemente nei due sessi, altre diventano più evidenti dopo la pubertà e l’età adulta. Fondamentale è il corretto processo di transizione dal Pediatra di assistenza primaria al MaP.

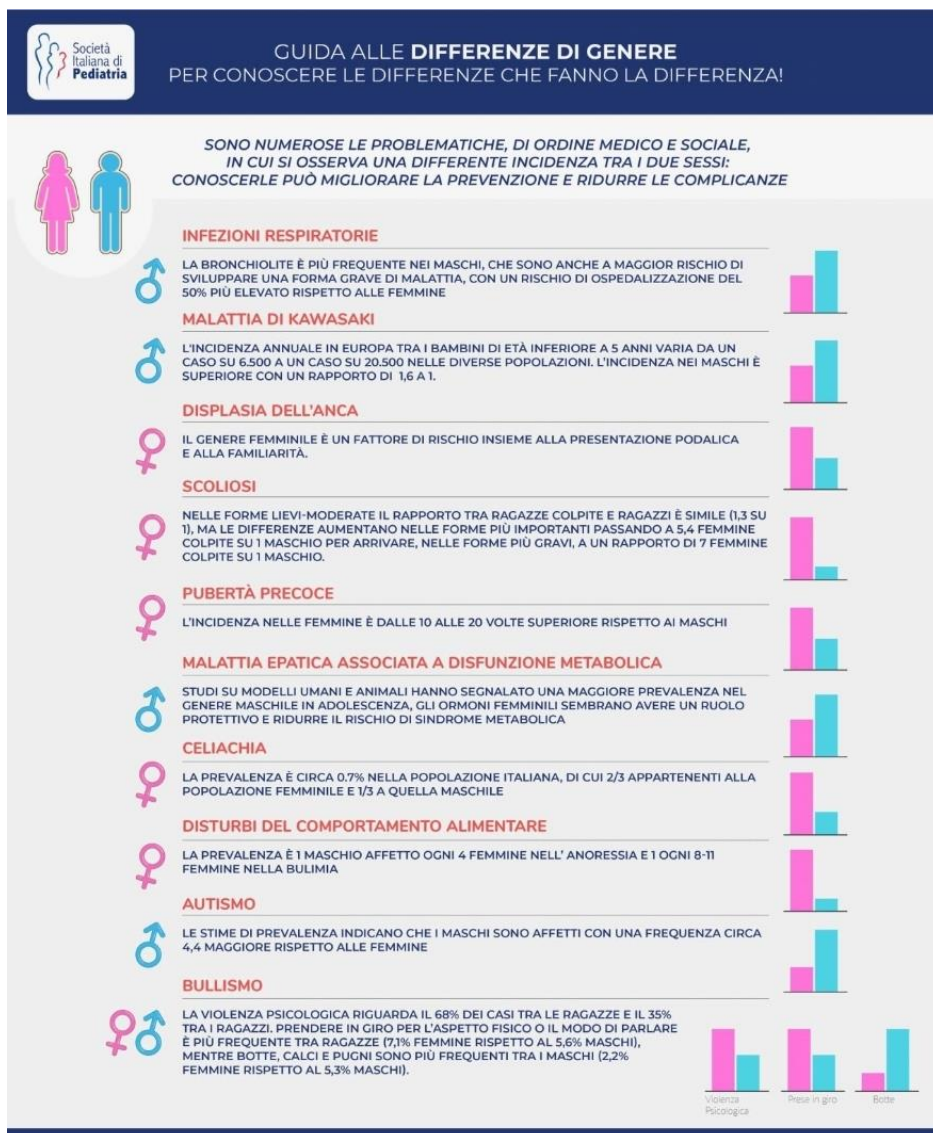
Il MaP in sinergia con i PLs e gli altri specialisti dovrebbe sviluppare sensibilità e competenze specifiche che tengano in considerazione il sesso.

Alcune differenze si manifestano già in età fetale nei due sessi, altre diventano più evidenti dopo la pubertà e l’età adulta.

Nel setting della medicina generale potrebbero essere attivati dei protocolli di screening differenziati per sesso, sia in termini di prevenzione primaria che secondaria, soprattutto per quelle patologie pediatriche che abbiano dimostrato una documentata differenza di genere.

Per la programmazione sanitaria, in prospettiva dell’applicazione della medicina di genere, il Ministero della salute coordina i rapporti con tutti i soggetti coinvolti e promuove le iniziative di ricerca scientifica, regionali e/o locali, per l’elaborazione di raccomandazioni e linee guida sulla tematica.

LA MEDICINA DI GENERE IN ETÀ PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA



Bibliografia

■ Guida alle differenze di genere in età pediatrica, Società italiana di pediatria, <https://sip.it>

■ Medicina di genere in età pediatrica, Isabella Tarissi De Jacobis, Vita Cupertino, Pietro Ferrara, 77° Congresso Italiano di Pediatria, Sorrento, 18-21 maggio 2022;

**LA MEDICINA DI GENERE IN ETA' PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE
NUOVA FRONTIERA PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**

- *Il genere in pediatria*, Istituto Superiore di Sanità, <https://www.iss.it>
- *Il Genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura. Quaderni del Ministero della salute, n. 26. Aprile 2016*
- *DSM-V Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*;
- *Legge 3/2018 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute" (GU Serie Generale n.25 del 31-01-2018);*
- *Decreto del 13 giugno 2019 "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, in attuazione dell'articolo 3, comma 1, della legge 11 gennaio 2018, n. 3".*



*Castoro Emanuela Angela
Colella Claudia
Contessa Grazia
Muschitiello Giacomo
Sblendorio Margherita
Tricarico Teresa*

“La Medicina di Prossimità’ Durante la Pandemia”

La storia della medicina ci insegna che il modello sanitario italiano da sempre proposto è stato quello “ospedale-centrico”, fondato sulla centralità dell’ospedale e delle sue specializzazioni nel management dei pazienti.

L’aumento progressivo della vita media della popolazione italiana, ha da tempo evidenziato le criticità di tale modello di clinical governance: risulta essere sempre più complessa la gestione domiciliare dei pazienti “anziani”, non solo caratterizzati da un quadro di comorbidità con conseguente politerapia, ma purtroppo anche vittime dell’attuale contesto sociale che lascia poco spazio ai soggetti fragili e ai loro bisogni.

Bisogna sottolineare che si tratta di pazienti spesso soli, privi di figure di riferimento, che si fanno carico delle loro problematiche non solo di natura sanitaria ma anche sociale.

La mission principale della sanità, dovrebbe essere quella di assicurare la cura della cronicità a domicilio dei pazienti, limitando le ospedalizzazioni ai casi di acuzie e di fornire una assistenza socio-sanitaria personalizzata, che sia in grado di rispondere ai bisogni diversificati dei cittadini, sulla base del loro background socio-culturale ed economico.

L’inappropriatezza degli accessi al PS dimostra la necessità sempre più preponderante di integrare le cure primarie con quelle intermedie e con l’assistenza ospedaliera.

Basti pensare che secondo i dati Agenas aggiornati al 31/03/2021, il numero di accessi al Pronto Soccorso in Regione Puglia sono stati pari a 1623, di cui solo il 22,8% dei casi sono codici triage riferibili a situazioni di emergenza-urgenza; nel 61,9% dei casi si tratta di pazienti dimessi con codice triage “verde” e nel 2,4% “bianco”, quadri clinici che quindi potevano essere gestiti in maniera efficace dai MaP o PLs, evitando l’intasamento degli ospedali e dei loro servizi di laboratorio e di imaging, rendendo più tempestivi gli interventi di maggiore gravità.

Ad oggi l’emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus Sars-CoV-2, ha evidenziato ulteriormente la necessità di integrazione Ospedale-Territorio: appare non più procrastinabile un rinnovamento profondo della Sanità che

“La Medicina di Prossimità’ Durante la Pandemia”

si sviluppi attorno all’ambito delle Cure Primarie, bridge imprescindibile tra bisogni dei cittadini e ospedali.

I dati attuali dell’Agenas che la percentuale di accessi al PS di casi sospetti Covid positivi, sul numero totale di accessi, è pari al 17,13%, di cui il 30,1% riguarda pazienti dimessi con codice triage verde e bianco, pazienti che potenzialmente sono da gestione territoriale.

Sin dalla prima ondata pandemica, a causa di un andamento epidemiologico non controllato, si sono susseguite sia a livello nazionale che regionale una serie di disposizioni che hanno bloccato le attività non urgenti e differibili, ciò ovviamente a scapito di una assistenza sanitaria equa ed uniforme.

L’ultima circolare promossa dal Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, afferma ad esempio, che dal 13 Marzo 2020 fino al 3 Aprile sono state sospese le prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Riabilitazione Domiciliare e Assistenza Domiciliare Sociale, le attività dei centri semiresidenziali (diurni) per soggetti psichiatrici, le attività delle strutture private accreditate e/o autorizzate che erogano prestazioni ambulatoriali nell’ambito di fisioterapia, radiodiagnostica, patologia clinica e branche a vista, ad esclusione dei casi di non indifferibilità o di notevole gravità.

Le uniche attività garantite sul territorio sono state appannaggio dell’Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) e delle Cure Palliative Domiciliari.

Nel setting ospedaliero sono stati garantiti i ricoveri indifferibili provenienti dal PS, in regime di urgenza, ricoveri in regime elettivo di carattere oncologico o non oncologico con classe di priorità A, portatori di malattie rare e visite specialistiche ambulatoriali con priorità U e B.

Il Sistema Sanitario Nazionale garantisce a tutti i cittadini i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) tra i quali è compresa l’Assistenza Domiciliare che si diversifica nei livelli di assistenza domiciliare in termine d’intensità, di organizzazione e di criteri di accesso; tra l’assistenza domiciliare abbiamo l’Integrata (ADI) pensata per dare risposta presso la propria residenza ai diversi bisogni di salute spesso complessi, delle persone fragili e non autosufficienti ma con necessità di assistenza medica ed infermieristica per cronicità, disabilità e fragilità spesso relativa anche all’anzianità.

Per essere ottimale ed efficace, l’assistenza deve essere personalizzata e sviluppata sulle reali condizioni del paziente e le sue esigenze cliniche, a



“La Medicina di Prossimità’ Durante la Pandemia”

conferma dell'importanza dell'intervento e della collaborazione tra figure differenti.

L'insieme delle cure necessarie per il paziente viene esaminato tramite l'utilizzo di strumenti specifici e scale di valutazione multiprofessionali che consentono di prendere in carico la persona e gestire le sue differenti necessità sanitarie e sociali attraverso la definizione di un "Piano Assistenziale integrato" (PAI).

L'assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è una formula assistenziale erogata al paziente all'interno della sua abitazione da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori socio sanitari, fisioterapisti , psicologi...).

Questo servizio si occupa di erogare trattamenti sanitari socio-assistenziali, a persone totalmente o parzialmente non autosufficienti o in condizione di fragilità socio-sanitaria, con patologie in atto e/o esiti delle stesse al fine di stabilizzare il quadro clinico e migliorare la qualità di vita quotidiana.

L'ADI può dividersi in due macro-categorie:

- ADI semplice, ovvero prestazioni semplici quali cambio catetere, medicazioni, prelievi e riguarda individui non completamente autosufficienti
- ADI complessa ovvero un insieme di cure mediche, infermieristiche, assistenziali e riabilitative erogate a pazienti gravemente non autosufficienti.

Tra gli obiettivi dell'ADI si configurano il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, il supporto alle famiglie nella cura del paziente fragile, la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e del ricorso ai servizi di emergenza / urgenza, oltre che del ricovero definitivo in strutture residenziali.

Tra le prestazioni erogate maggiormente dall'ADI vi sono:

- Terapia infusionale, antalgica, iniettiva e nutrizione artificiale
- Gestione di stomie
- Rischi relativi ad insorgenza di lesioni da pressione e sindromi da immobilizzazione
- Rischio di infezioni da presidi intravascolari, cateteri vescicali e lesioni cutanee
- Esigenze di intervento educativi all'uso di presidi, ausili e altri dispositivi e/ o indicazioni terapeutiche affidate alla famiglia

La richiesta di attivazione delle ADI viene presentata dal Medico di Medicina



“La Medicina di Prossimità’ Durante la Pandemia”

Generale al Distretto di appartenenza su apposito modello indicando dati anagrafici, codice fiscale del paziente, oltre alle patologie da cui è affetto lo stesso, al programma assistenziale ed ai motivi per cui si richiede assistenza domiciliare.

La PUA accoglie le istanze di accesso, le decodifica e le indirizza all’UVM che con un’equipe multidisciplinare definisce il Piano Assistenziale Individuale (PAI) in cui si specificano le figure specialistiche necessarie, oltre che le modalità terapeutiche da attuare nei confronti del paziente.

L’Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) è stata pensata per permettere al paziente oncologico di essere assistito nel proprio domicilio ricevendo le cure necessarie direttamente a casa, mantenendo le proprie abitudini e circondato dai propri familiari. I pazienti oncologici, infatti, soffrono molto spesso di depressione, ansia ed isolamento, tutti sintomi che acuiscono il dolore e rendono più complesso il decorso ed il trattamento della patologia. Sono ormai numerosi gli studi che hanno dimostrato come le cure a domicilio influiscono in modo positivo sul decorso della malattia, in particolare da un punto di vista emotivo e psicologico.

Diversamente dall’assistenza domiciliare integrata per persone anziane o non autosufficienti, l’assistenza domiciliare oncologica necessita dell’intervento congiunto di tre figure solitamente coinvolte nell’erogazione di questo tipo di servizio: il medico, l’infermiere e l’assistente sociale. È inoltre necessario verificare la sussistenza di determinate condizioni:

- Presenza del caregiver: vi deve essere un valido supporto familiare ed una persona predisposta a gestire tutto il processo diventando un punto di riferimento per medici, infermieri ed assistenti sociali,
- Presenza di una abitazione idonea per garantire un supporto costante al paziente
- Le condizioni cliniche devono essere compatibili con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari necessari.

Se queste condizioni sono presenti ed il paziente risulta non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza si può attivare l’assistenza domiciliare oncologica.

Per il paziente in fase “terminale” (oncologico o meno) è prevista un’assistenza domiciliare garantita dalla legge 38 del 15 Marzo 2010 che tutela il diritto del cittadino ad *accedere gratuitamente alle Cure Palliative ed alla terapia del dolore*. Il Servizio sanitario nazionale garantisce la loro erogazione nell’ambito delle Reti di cure palliative che comprendono sia le unità di **cure palliative domiciliari che l’assistenza in Hospice**.

“La Medicina di Prossimità’ Durante la Pandemia”

A questo proposito l'intesa raggiunta tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano il 25 luglio 2012 stabilisce che: "le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita".

Il nostro interesse , attraverso uno studio retrospettivo, è valutare quanto l'emergenza sanitaria pandemica da SARS COV2 ha modificato in termini quantitativi e qualitativi l'assistenza domiciliare Integrata, Oncologica e le cure palliative domiciliari o in hospice.

L'analisi osservazionale retrospettiva “work in progress” relativa al periodo compreso tra Marzo 2019 e Marzo 2021 con riferimento al numero di nuove attivazioni dei servizi di assistenza domiciliare integrata, oncologica e delle cure palliative, erogati presso il Distretto Socio-sanitario n°53 (ex 1) dell'ASL Bari; tali dati saranno confrontati con il numero di attivazioni dei suddetti servizi territoriali nell'anno antecedente all'emergenza sanitaria (Marzo 2019-2020).

Il confronto delle variabili tra i diversi gruppi sarà svolto con il “t test”, ovvero un test statistico di tipo parametrico che permette di verificare se il valore medio di una distribuzione si discosta significativamente da un valore di riferimento Nazionale e Regionale.

L'analisi dei dati consentirà molte riflessioni sull'evidenza di carenze organizzative e di assistenza in termini soprattutto di “prossimità” in Cure Primarie con “**INPUT**” utili al miglioramento da estendere ed applicare ad altri distretti socio-sanitari della stessa ASL Bari e, indispensabili al confronto con dati Nazionali.



*De Bari Lorena
Piscitelli Alessia
Mezzina Antonia
Cantatore Lucia*

“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

La malattia da covid ha creato una nuova categoria di pazienti i cosiddetti pazienti long-covid. Si tratta di una condizione questa ormai molto diffusa che pone il problema di assicurare la migliore gestione sanitaria nonché assicurare a questi pazienti le più adeguate cure caso per caso.

“Long Covid è un’espressione che indica una condizione del paziente guarito dal Covid-19 e negativo al tampone che, tuttavia, **continua a manifestare sintomi legati alla malattia**”.

Per dare anche un’indicazione temporale:

- per sintomi di durata compresa tra 4 e 12 settimane dopo l’evento acuto si parla di **Malattia Covid-19 sintomatica persistente**;
- per segni e sintomi persistenti da più di 12 settimane dopo l’evento acuto si parla di **Sindrome Post-Covid-19**.

La dicitura Long Covid comprende entrambe le fasi.

Chi colpisce il Long Covid?

Secondo l’OMS **1 su 4** dei soggetti affetti da Covid-19 ha sintomi che persistono a distanza di 4-5 settimane dal riscontro della positività (Malattia covid -19 sintomatica persistente) e 1 su 10 presenta sintomi dopo 12 settimane (sindrome post covid-19). Il Long Covid, quindi, è sviluppato, per motivi non ancora noti, da alcuni pazienti che hanno contratto l’infezione da nuovo Coronavirus. Si tratta di una condizione che può riguardare soggetti di tutte le età, che non necessariamente hanno manifestato sintomi clinici significativi durante la fase acuta dell’infezione. Alcuni fattori, tuttavia, sembrerebbero favorirne l’insorgenza, fra questi:

- **età avanzata**: l’anziano presenta una maggior frequenza di sviluppo del Long Covid, a causa anche della naturale condizione di fragilità e delle ridotte capacità di recupero che possono determinare un eventuale peggioramento delle patologie croniche da cui è affetto, con una maggior possibilità di sviluppare anche disturbi psichici;

“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

- **indice di massa corporea:** i pazienti in sovrappeso sembrerebbero essere maggiormente predisposti al Long-Covid;
- **sexo femminile:** forse a causa di una reazione autoimmune più forte nelle donne che negli uomini;
- **ospedalizzazione:** pare esserci una correlazione soprattutto con il ricovero di terapia intensiva;
- **presenza di patologie croniche.**

“Fortunatamente il Covid-19 è meno diffuso nell’età infantile e le statistiche indicano che generalmente, fino ad oggi, **sotto gli 11 anni vi è una minor probabilità di sviluppare una malattia grave**. Occorre, comunque, effettuare un accurato follow up dei pazienti infettati, occupandosi anche dell’eventuale impatto psicologico”. Il Long Covid, che rappresenta uno strascico della malattia, non va confuso con la **MIS-C** (Sindrome Infiammatoria Multisistemica Pediatrica) una condizione infiammatoria multi-organo, che può colpire soggetti in età pediatrica e provocare gravi danni a vari organi quali ad esempio polmoni, cuore, reni e che sembra essere dovuta all’abnorme risposta del sistema immunitario. Pertanto, in caso dei sintomi di seguito riportati è importante porre una diagnosi differenziale:

- febbre alta (iperpiressia), resistente ai comuni antipiretici;
- difficoltà respiratorie (dispnea) e dolore toracico (precordialgia);
- sintomatologia dolorosa addominale.

Il Long Covid è una malattia sistemica, che coinvolge vari organi, pertanto, i sintomi dei soggetti che ne sono affetti sono estremamente vari e spesso difficili da collegare tra loro. Tali sintomi possono:

- presentarsi sia singolarmente che combinati;
- essere transitori, intermittenti o costanti;
- mutare durante il decorso.

L’ISS, nelle sue Indicazioni sui principi di gestione del Long Covid (ver. 1/07/21), classifica le possibili manifestazioni cliniche del Sars-Cov-2 a seconda degli organi colpiti:

Sintomi generali

- stanchezza e affaticamento eccessivi (astenia);
- febbre;
- dolori muscolari e articolari (mialgie, artralgie).



“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

I sintomi polmonari

- difficoltà nella respirazione, affanno;
- tosse persistente.

I sintomi cardiovascolari

- tachicardia;
- senso di oppressione al torace e dolore toracico;
- irregolarità del ritmo cardiaco (aritmie);
- alterazione della pressione arteriosa.

I sintomi neurologici

- cefalea (talora non risolvibile con antidolorifici);
- nebbia cognitiva, difficoltà di concentrazione;
- disturbi del sonno;
- perdita di gusto e olfatto (ageusia, anosmia);
- formicolio e intorpidimento agli arti (neuropatie periferiche).

I sintomi psichiatrici/psicologici

- ansia con eventuali sintomi ossessivo-compulsivi;
- depressione.

I sintomi gastrointestinali

- dolori addominali;
- nausea e vomito;
- diarrea;
- reflusso gastroesofageo.

I sintomi otorinolaringoiatrici

- ronzii e fischi alle orecchie (acufeni) e otalgia;
- mal di gola e difficoltà a deglutire (faringodinia, disfagia);
- alterazioni del tono della voce (disfonia).

I sintomi dermatologici

- eruzioni papulo-squamose;
- rash morbilliformi;
- eruzioni orticaroidi;
- alopecia.

“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

I sintomi ematologici

- alterazioni della coagulazione (trombosi dei vasi polmonari ed embolia).

I sintomi renali

- presenza di sangue nelle urine (ematuria);
- perdita di proteine nelle urine (proteinuria).

I sintomi endocrini

- iperglicemia (diabete).

Queste manifestazioni cliniche **hanno un’evidente base organica**, che deriva dallo stato di salute dell’organo cui fanno riferimento. Ad esempio, le difficoltà respiratorie (dispnea, ndr) possono essere legate ad esiti di una polmonite originata dall’infezione, che può impiegare diverso tempo a guarire, lasciando a volte esiti polmonari importanti. Allo stesso modo, quando è colpito il muscolo cardiaco possono rimanere alterazioni del ritmo cardiaco o diminuzione della funzione cardiaca, che può determinare dolore retrosternale e dispnea da sforzo.

Cosa fare?

Il paziente guarito dalla fase acuta del Covid-19 può necessitare di un **percorso diagnostico e riabilitativo dedicato** in strutture ospedaliere qualificate. In queste strutture, la collaborazione multidisciplinare permette, infatti, di fornire un approccio integrato di diagnosi e terapia al paziente che ne manifesta la necessità. Alcune case di cura e strutture ospedaliere hanno elaborato un percorso specifico per la prevenzione di possibili complicanze post-covid, pensato per:

- pazienti negativizzatisi che, dopo un ricovero ospedaliero o la cura della malattia a domicilio, continuano a manifestare una sintomatologia e postumi più o meno gravi dell’infezione;
- persone che hanno contratto il virus in maniera asintomatica o paucisintomatica e che, una volta negativizzatisi, vogliono valutare il proprio quadro clinico ed accertarsi delle proprie condizioni di salute.

“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

I vari step da seguire

Il percorso Long-Covid prevede 3 step:

Step 1

Il primo step prevede l'esecuzione di un pacchetto di esami:

- del sangue;
- delle urine;
- cardiologici (ECG, ecografia cardiaca);
- radiografia o TC al torace(eventuale).

Step 2

Lo step 2 prevede:

- **misurazione della saturimetria** (percentuale di ossigeno nel sangue);
- **spirometria globale e DLCO**;
- **test del cammino** (eventuale);
- **visita con lo specialista in area toracica** contestualmente all'analisi di uno specifico **questionario anamnestico** compilato in fase di accettazione;

Step 3

Può prevedere:

- **eventuale visite specialistiche e/o ulteriori esami diagnostici**;
- **eventuale visita conclusiva** con lo specialista in area toracica.

Nei casi, inoltre, in cui ve ne fosse indicazione clinica, possono essere effettuate anche:

- ulteriori prestazioni medico-diagnostiche, tecniche e/o di laboratorio riguardanti il monitoraggio clinico
- sedute di riabilitazione respiratoria ed eventualmente neuro-motoria
- follow up successivi con lo specialista di riferimento

Tutti i pazienti colpiti da forma grave di Covid-19, dimessi da un ricovero ospedaliero e giudicati guariti, potranno usufruire per due anni, a titolo gratuito e con la totale esenzione del ticket, delle prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale che rientrano nelle attività di follow-up sulle possibili conseguenze del virus. Un follow-up che servirà anche ad acquisire informazioni sugli esiti di questa patologia.



“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

È quanto ha previsto il Ministro della Salute, **Roberto Speranza** con il decreto “Sostegni bis”. Nel pacchetto delle prestazioni previste, quelle per il controllo delle funzioni più interessate, quella respiratoria, cardiaca, renale ed emocoagulativa: dalle analisi del sangue – esami come l’emocromo, ves, creatinina, solo per citarne alcuni – all’elettrocardiogramma dinamico, dalla spirometria al test del cammino, fino alla tac del torace. L’intenzione è di destinare al follow-up dei pazienti Covid-19 circa 50 milioni di euro fino al 2023, che dovrebbero essere ripartiti in oltre 24 milioni di euro per l’anno 2021 , circa 20 milioni per il 2022 e poco meno di 6 milioni di euro per il 2023. Risorse che serviranno appunto per il **“Protocollo sperimentale nazionale di monitoraggio”**, che prevede l’erogazione – esente da ticket – di prestazioni di specialistica ambulatoriale contenute nei Livelli essenziali di assistenza ritenute appropriate – anche in base alla severità della sintomatologia del paziente – per il monitoraggio, la prevenzione e la diagnosi precoce di eventuali esiti o complicanze, per le persone che nel tempo potrebbero riportare effetti cronici in seguito a una malattia da Covid-19 con un quadro clinico severo. Soggetti spesso anziani, che potrebbero avere conseguenze cardiache e polmonari e nei quali è fondamentale identificare precocemente lo sviluppo di una fibrosi polmonare o di cardiopatie.

Per i pazienti più anziani è prevista una valutazione multidisciplinare e in particolare per quelli sottoposti a terapia intensiva o subintensiva è previsto anche un colloquio psicologico. Il piano si basa sui dati dell’Istituto Superiore di Sanità, secondo cui sono circa 164 mila i pazienti con gravi forme di Covid-19 guariti e dimessi dagli ospedali (più di un terzo dei quali, residenti in Lombardia): saranno loro ad essere arruolati nel monitoraggio.

Cosa, come e dove attivare il percorso di gestione del post-COVID19?

Con deliberazione della Giunta regionale n. 403 del 15 marzo 2021 è stato istituito il codice di esenzione dal pagamento del ticket P01 per le persone con Covid-19 che necessitano di visite e controlli per verificare lo stato di salute dopo la fase acuta dell’infezione. Il codice può essere utilizzato solo per la prescrizione di **pacchetti day-service o di prestazioni specialistiche ambulatoriali** strettamente correlate al Covid-19, in particolare per il **follow-up** dei pazienti che hanno contratto l’infezione e non sono completamente guariti dopo il superamento della fase acuta.

“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

I Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) inclusi nei pacchetti day-service degli ospedali Covid e approvati con deliberazione di Giunta regionale n. 1150 del 23 luglio 2020 sono:

- PACC Diagnostico *Follow up Covid*
- **PACC *Follow up Covid* con forte compromissione cardio-polmonare**

Il codice di esenzione P01 **non deve essere richiesto o rilasciato** dal Distretto socio sanitario. È **riportato sulla ricetta dematerializzata** dallo specialista in servizio presso l'ospedale Covid, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, sulla base della lettera di dimissione in cui è attestato il trattamento del paziente in fase acuta.

Con la determinazione dirigenziale n. 174 del 16.06.2021 è stato stabilito, tra l'altro, quanto segue:

“Inoltre, per quanto attiene i pacchetti day- service di follow- up pazienti COVID , di cui alla D.G.R. n. 1150 del 23/07/2020 e ss.mm.ii., si ritiene, considerato il numero significativo dei pazienti COVID da sottoporre a controllo, in coerenza anche con le disposizioni contenute all'art. 27 del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, che i predetti pacchetti possano essere erogati da:

- Ospedali pubblici COVID e no COVID;
- Strutture territoriali delle ASL (poliambulatori, distretti e PTA), organizzati per erogare le prestazioni dettagliate nei pacchetti day- service;
- Strutture ospedaliere private accreditate facenti parte della rete COVID;
- Strutture ospedaliere private accreditate dotate delle Unità Operative riferite alle discipline di medicina e pneumologia.

In tal caso occorre attenersi a quanto stabilito al punto 16) della D.G.R. 1202/2014, secondo cui, ai fini dell'erogazione delle prestazioni di day service, il legale rappresentante delle Case di Cura private accreditate inoltri la richiesta all'attuale Assessorato alla Sanità – Sezione “Strategie e Governo dell'Offerta”, che, previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali che intende erogare alla disciplina ospedaliera già accreditata in regime ordinario, risultante da provvedimento esecutivo, rilascerà apposita autorizzazione con specifica determinazione dirigenziale”.



"LONG COVID E SINDROME post-COVID"

PACC DIAGNOSTICO "Follow up Covid"

In considerazione delle scarse conoscenze in merito all'andamento dell'infettività, dell'evoluitività anticorpale e delle condizioni cliniche nonché delle possibili sequele che potrebbero insorgere nei pazienti con pregressa infezione da Covid-19, si è ritenuto opportuno introdurre una sorveglianza sanitaria, attraverso visite di follow-up, successive alla guarigione e dimissione ospedaliera e guarigione a domicilio. Il paziente che affrisce all'ambulatorio post-covid 19 avrà le seguenti caratteristiche :

- paziente ricoverato e dimesso dalle unità Operative Covid 19, clinicamente guarito e con doppio tampone nasofaringeo negativo,
- paziente seguito a domicilio, clinicamente guarito e con doppio tampone nasofaringeo negativo.

La suddetta sorveglianza sanitaria fornendo diagnosi precoce in merito alle possibili complicanze insorte consente di somministrare altrettanto precocemente la più adeguata terapia. Il follow up garantisce la continuità dell'assistenza, successiva alla dimissione del paziente, attraverso prestazioni mediche specialistiche (vista infettivologica e pneumologica) e prestazioni di laboratorio (tampone nasofaringeo, rettale, dosaggio delle immunoglobuline anti-Covid 19), non erogabili a livello territoriale. Inoltre, a tale sorveglianza afferirebbero, su indicazione del medico di medicina generale, anche i pazienti curati a livello domiciliare che potrebbero usufruire delle stesse prestazioni specialistiche.

Il setting assistenziale individuato è quello ambulatoriale; il paziente, infatti, non necessita dell'assistenza medica e infermieristica tipica del regime di ricovero.

Per le visite è osservata la seguente tempistica: 1 mese, 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi dal giorno della dimissione ospedaliera o guarigione a domicilio.

A tal fine, si propone di attivare uno specifico pacchetto ambulatoriale complesso con le caratteristiche della ciclicità ovvero la possibilità che con singola impegnativa, stilata dal medico specialista al momento della dimissione, il paziente possa effettuare fino ad un massimo di 8 accessi.

Le seguenti tabelle riassumono gli esami diagnostici e le relative tariffe , per ciascuna delle suddette visite di follow-up, tenuto conto di quanto riportato nel Nomenclatore Tariffario della Specialistica Ambulatoria aggiornato al 01.12.2019.

"LONG COVID E SINDROME post-COVID"

Primo mese
Visita medica
Prelievo ematico
Emocromo
PCR
D-Dimeri
Sierologia per SarsCov-2 (IgG e IgM)*
Ricerca SarsCov-2 in espettorato
Ricerca SarsCov-2 in tampone nasofaringeo
Ricerca SarsCov-2 in tampone rettale
Emogasanalisi
TARIFFA= € 355,93

Terzo mese
Visita medica
Prelievo ematico
Emocromo
PCR
D-Dimeri
Sierologia per SarsCov-2 (IgG e IgM)
Ricerca SarsCov-2 in espettorato
Ricerca SarsCov-2 in tampone nasofaringeo**
Rx Torace
Tac torace alta risoluzione
Spirometria globale
Diffusione alveolo capillare del CO
Test del cammino
Emogasanalisi (almeno per casi selezionati)
Ecografia toracica
TARIFFA= € 458,13

"LONG COVID E SINDROME post-COVID"

Sesto mese

Visita medica

Prelievo ematico

Emocromo

PCR

D-Dimeri

Sierologia per SarsCov-2 (IgG e IgM)*

Ricerca per SarsCov-2 in espettorato

Ricerca SarsCov-2 in tampone nasofaringeo

Ricerca per SarsCov-2 in tampone rettale

Rx Torace

Spirometria globale

Diffusione alveolo capillare del CO

Test del cammino

Emogasanalisi (almeno in casi selezionati)

Ecografia toracica

TARIFFA= €460,46

Brain

(headache, "brain fog" or other cognitive impairment, stroke)

Nose/nasal cavity

(loss of taste or smell)

Lungs

(cough, shortness of breath)

Heart

(pounding heart, heart failure)

Skin

(bruising, rashes)

Kidney

(increased risk of acute kidney injury and kidney failure)

LONG COVID

"LONG COVID E SINDROME post-COVID"

Dodicesimo mese

Visita medica

Prelievo ematico

Emocromo

Sierologia per SarsCov-2 (IgG e IgM)*

Ricerca per SarsCov-2 in espettorato

Ricerca per SarsCov-2 in tampone nasofaringeo

Ricerca per SarsCov-2 in tampone rettale

Tac torace alta risoluzione

Spirometria globale

Diffusione alveolo capillare del CO

Test del cammino

Emogasanalisi (almeno per casi selezionati)

Ecografia toracica

TARIFFA= € 508,47

PACC DIAGNOSTICO "Follow up Covid con forte compromissione cardio-polmonare"

Disciplina di riferimento

Pneumologia

UO che può erogare il PACC

per espressa competenza il PCC può essere erogato esclusivamente da UO che hanno trattato pazienti Covid.

I pazienti che hanno presentato un'infezione polmonare da COVID-19 hanno polmoni a rischio per almeno 6 mesi. Anche il 30% dei guariti avrà problemi respiratori cronici legati ad esiti fibrotici e bronchiectasici conseguenti. Gli esiti fibrotici possono portare un danno respiratorio irreversibile con anomalie polmonari radiologicamente visibili, alterazioni restrittive della funzionalità respiratoria, una scarsa forza dei muscoli respiratori e una minor tolleranza allo sforzo e costituiranno una nuova patologia di domani.



“LONG COVID E SINDROME post-COVID”

Tipologia di pazienti

I pazienti che in dimissione dai reparti di semintensiva e intensiva respiratoria COVID presentavano alterazioni radiologiche e tac compatibili con complicazioni della polmonite iniziale verso l'ARDS più o meno severa, con evoluzione verso alterazioni fibrotica polmonare più diffuse e più gravi accompagnate o meno da insufficienza respiratoria. Criteri Accesso:

- documentato interessamento cardiaco in fase acuta covid
- documentata embolia polmonare in fase acuta covid
- rilievo di probabilità intermedio alta di ipertensione polmonare a
- valutazione ecocardiografica di screening

Composizione

Nel PACC possono rientrare prestazioni comprese nell'elenco di seguito riportato:

Codice	Descrizione prestazione	Nota
89.7	Visita generale	
87.41.1	Tc del Torace, con e senza contrasto	
89.37.1	Spirometria semplice	
89.37.2	Spirometria Globale (con CPT, VR, CRF)	
89.38.3	DLCO	
89.52	Elettrocardiogramma	
88.72.3	Ecocolordoppler cardiaco	
91.39.2	Esame diretto e colturale e citologico su espettorato	
91.48.4	Prelievo citologico	
89.7	Visita fisiiatrica a indirizzo FKT	
89.44.2	Test del cammino	
90.04.5	Alaninaminotransferasi (ALT)(GPT)[S/U]	
90.09.2	Aspartato Aminotransferasi (AST)(GOT)[S]	
90.10.5	Bilirubina totale e frazionata	

90.16.3	Creatinina [S/U/dU/La]	
90.25.5	Gamma Gutamil transpeptidasi (gamma GT)	
90.27.1	Glucosio [S/P/U/dU/La]	
90.38.4	Proteine (Elettroforesi delle)	
90.44.1	Urea [S/P/U/dU]	
90.62.2	Emocromo : Hb, GR,GB,HCT,PLT,IND.	
90.72.3	PCR	
91.49.2	Prelievo di sangue venoso	
90.61.4	D-dimero €10,30	
90.29.2	LDK € 1.13	
90.15.4	CPK	
90.70.2	IL-6	
90.22.3	Ferritina	
90.44.5	Vitamina D	
91.35.6	BNP (peptide natriuretico tipo B) e/o Pro-BNP	
	Sierologia Covid	
	Tariffa = € 520,00	

Manzari Stefania



RUOLO STRATEGICO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEI DISTURBI PSICHIATRICI

Nel nostro SSN il MaP è per il cittadino il primo livello di consulto sanitario e, pertanto, ha un ruolo centrale nella diagnosi precoce, nella terapia e gestione della salute psico-fisica del paziente. Nell'ambito dei disturbi psichiatrici, affinché gli interventi e i trattamenti messi in atto dal medico di medicina generale risultino efficaci e adeguati, occorre una più stretta e strutturata collaborazione tra i servizi psichiatrici e lo stesso MaP.

Per la gestione ottimale dei svariati disturbi psichiatrici vi è necessità di creare *“MODELLI CLINICO-ORGANIZZATIVI” utili al* il MMG che nella sua pratica quotidiana si trova a confrontarsi principalmente con quelli che sono stati definiti *“common mental disorders”*, un gruppo di disturbi di natura ansiosa-depressiva, non severi dal punto di vista sintomatologico, che frequentemente affliggono la popolazione generale, i quali possono presentarsi con un ampio range di severità: spesso lievi e, a volte auto-limitantisi, ma tendono a recidivare e nel complesso possono compromettere in maniera rilevante la vita relazionale e lavorativa di chi ne è affetto.

Un'indagine condotta in collaborazione con circa 200 MMG (Berardi et al 2002) in tutto il territorio italiano, ha messo in evidenza che la maggior parte delle forme depressive trattate dal MMG sono di lieve entità (57,7 % dei casi) o moderata (36,3 %); mentre le forme severe sono rare (6,2%), si tratta principalmente di pazienti anziani e si associano frequentemente ad un declino funzionale e cognitivo.

Tuttavia la popolazione trattata, affetta da disturbi dell'umore, appare molto bassa, rispetto alla prevalenza con un treatment gap stimato dell'80%. Dati italiani (Progetto SEME) sottolineano che il ritardo del trattamento in Italia è mediamente di 2 anni, anche per forme di depressione severe, come quelle che si accompagnano a sintomi psicotici o idee di suicidio.

Sebbene in letteratura ci siano meno evidenze, rispetto ad altre condizioni psicopatologiche, che interventi precoci nel trattamento delle sindromi depressive, possano migliorare la prognosi delle stesse, tra i clinici vi è condivisione che un riconoscimento precoce ed un corretto inquadramento diagnostico sin dal primo episodio depressivo possano condizionare positivamente il decorso della patologia.

LA SALUTE PSICO-FISICA

Pertanto, per ottimizzare il trattamento di questi pazienti, è indispensabile l'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) che costituiscono, insieme alle linee guida, strumenti di governo clinico, per standard assistenziali appropriati.

La Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) che delinea tre modelli clinico-organizzativi, finalizzati a governare i processi di cura:

1. La **collaborazione/consulenza**: una modalità di lavoro organizzata tra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e medicina generale, tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola, per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
2. L'**assunzione in cura**: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico, ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
3. La **presa in carico**: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e d'intervento di diversi profili professionali



Il MMG può e deve richiedere la **CONSULENZA PSICHIATRICA** per un problema specifico che necessita di una complessa valutazione diagnostica e/o di una diagnosi differenziale oppure per un parere rispetto al tipo di trattamento farmacologico iniziato o per la mancata efficacia dello stesso. La consulenza psichiatrica dovrebbe essere sempre preceduta da comunicazioni sulle condizioni del paziente, auspicabile sarebbe poter effettuare le consulenze psichiatriche, nel contesto ambulatoriale del MaP e, sarebbe sicuramente facilitante per il paziente ma anche ottimale per la possibilità di una visita congiunta insieme al MMG.

L'altra patologia prevalente nell'ambulatorio del MaP è la **DEPRESSIONE**, la quale, dai dati della letteratura, ha una prevalenza annuale del 5% e secondo una stima attuale la colloca nel 2030 tra una delle prime tre cause di compromissione della salute della comunità, in termini di Disability-Adjusted Life Year (DALY, indicatore che misura la somma complessiva degli anni di vita persi per mortalità prematura e degli anni di vita con disabilità rilevante) -Mathers, Loncar 2006-.

LA SALUTE PSICO-FISICA

Tanto, è confermato su diversi campioni di popolazione nel mondo, senza marcate differenze legate all'età o allo stato socioeconomico dei pazienti, ma con una marcata differenziazione in termini di genere (maggior rischio di malattia nel sesso femminile).

Le linee guida, edite dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) del 2012, propongono un piano di trattamento "a gradini" (stepped care) in base alla gravità della sintomatologia. Per ognuno di questi livelli vengono stabiliti gli obiettivi terapeutici, gli interventi più appropriati e il contesto in cui questi devono essere realizzati (vedere Tab.1).

Tabella 1

STEP	OBIETTIVI CLINICI	INTERVENTI	SETTING DI CURA
Step1	Riconoscimento	Valutazione - Diagnosi	MMG
Step 2	Sintomi depressivi (sottosoglia)	Supporto Rivalutazione ad un mese	MMG
Step 3	Depressione Maggiore Lieve Distimia	Supporto, <i>Watchful waiting</i> o psicoterapia	MMG
Step 4	Depressione Maggiore Moderata – Grave	Terapia farmacologica o psicoterapia	MMG CSM (consulenza telefonica) Specialista o CSM (consulenza) CSM (assunzione in cura)
Step 5	Depressione resistente, ricorrente, con sintomi psicotici	Trattamento farmacologico (con eventuale <i>switching</i> , <i>augmentation</i>) Trattamento psicologico e farmacologico integrato, supporto psicosociale	CSM (assunzione in cura) CSM (presa in carico integrata)
Step 6	Alto Rischio Suicidario, quadro clinico complesso	Trattamento integrato Supporto psicosociale	CSM (presa in carico intensiva e multiprofessionale) Ricovero ospedaliero

LA SALUTE PSICO-FISICA

Sintomi depressivi sottosoglia e forme di depressione lieve non richiedono di norma un trattamento farmacologico antidepressivo, ma si può intervenire educando il paziente ad un nuovo stile di vita, con un monitoraggio attivo realizzato con visite a cadenza regolare, per valutare l'andamento temporale dei sintomi depressivi. Allo stile di vita, si associa la psicoeducazione, interventi di supporto psicologici e psicosociali, come l'auto aiuto guidato, basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o programmi strutturati di attività fisica di gruppo. Solo in caso di inadeguata risposta agli interventi adottati, con persistenza dei sintomi depressivi, deve essere preso in considerazione un trattamento con farmaci antidepressivi.

Diverse condizioni possono orientare il MMG nella scelta dell'intervento: durata dell'episodio, decorso e risposta al trattamento di precedenti episodi, preferenza del paziente, possibilità di aderenza e potenziali effetti collaterali o interazioni dei farmaci.

Sono elegibili per un trattamento con farmaci antidepressivi i pazienti con depressione moderata-grave, i pazienti con depressione lieve, nel caso di precedenti episodi depressivi moderati o gravi, presenza di sintomi depressivi sottosoglia da almeno due anni e persistenza di sintomi depressivi sottosoglia e depressione lieve, nonostante precedenti terapie. In questi pazienti in alternativa a farmaci antidepressivi sono indicati interventi psicologici strutturati, invece, nei pazienti con depressione moderata o grave è indicato un trattamento combinato, farmacologico e psicoterapico.

Quando deve essere prescritto un farmaco antidepressivo, normalmente è indicato un SSRI. In un primo episodio depressivo la terapia andrà continuata per almeno sei mesi dalla remissione della sintomatologia e per almeno due anni dopo un secondo episodio. Invece, nei pazienti con depressione associata a sintomi psicotici è indicato un trattamento congiunto con farmaci antidepressivi e antipsicotici; quest'ultima condizione clinica impone la consulenza e valutazione specialistica psichiatrica.

Stando alle indicazioni di queste linee guida, il centro di salute mentale prende in carico il paziente ed elabora un piano di trattamento individuale, nei soli casi che presentano elevati livelli di gravità clinica, accompagnati da gravi problemi psicosociali, per i quali è necessario un supporto psico-



LA SALUTE PSICO-FISICA

sociale con l'intervento di altre figure professionali, quali l'infermiere e l'assistente sociale.

Anche i ***DISTURBI D'ANSIA GENERALIZZATA*** e gli ***ATTACCHI DI PANICO*** sono di frequente riscontro in medicina generale.

La presentazione dell'ansia è spesso connotata da lamentele di tipo somatico quali palpitazioni, senso di fiato corto o di soffocamento, disturbi gastrointestinali (senso di ripienezza, difficoltà digestive), frequente stimolo alla minzione e pollachiuria, vertigini, sintomi dolorosi (dolore toracico, cervicaglia, lombalgia), senso di pesantezza e tensione muscolare.

Il MaP rispetto ad altri specialisti ha maggior possibilità di individuare tali disturbi, sia perché i pazienti trovano più confortevole rivolgersi al proprio MMG, sia perché spesso è insita in tali disturbi la tendenza a richiedere rassicurazione sul proprio stato di salute, mediante esami medici che possano escludere cause organiche. Il MaP dovrebbe sospettare un disturbo d'ansia generalizzata in persone che frequentano spesso il suo ambulatorio o hanno un problema di salute fisica cronico senza alterazioni organiche o ricercano rassicurazione su sintomi somatici o manifestano ripetutamente preoccupazioni in diversi ambiti e contesti: infatti, il MaP Sebbene sia stato provato che la performance diagnostica del MMG è migliore per i disturbi d'ansia rispetto ai disturbi depressivi, tuttavia questi pazienti vengono spesso sottoposti a numerosi esami medici per escludere patologie cardiache, endocrine o neurologiche.

Anche per i disturbi d'ansia, le linee guida NICE del 2011 propongono un percorso di cura a gradini (vedere Tabella 2).



LA SALUTE PSICO-FISICA

Obiettivo dell'intervento	Natura dell'intervento
STEP 4: DAG complesso e resistente al trattamento con menomazione nel funzionamento molto marcata, come trascuratezza o alto rischio di condotte autolesive.	Trattamento altamente specializzato, come regimi di intervento complessi a base di farmacoterapia e/o interventi psicologici; sovrapposizione di un team multidisciplinare, servizio anti-crisi, day hospital o ricovero.
STEP 3: DAG con una risposta inadeguata agli interventi dello step 2 o con marcata menomazione funzionale.	Scelta di un intervento psicologico ad alta intensità (TCC/ <i>applied relaxation</i>) o di una terapia farmacologica.
STEP 2: DAG diagnosticato che non è migliorato in risposta ad attività di educazione e monitoraggio attivo erogati come assistenza sanitaria di base.	Interventi psicologici a bassa intensità: auto-aiuto individuale non facilitato*, auto-aiuto guidato individuale e gruppi psicoeducazionali.
STEP 1: Tutti i casi di DAG noti e sospetti.	Identificazione e <i>assessment</i> ; educazione sul DAG e sulle opzioni di trattamento, monitoraggio attivo.

* Un intervento auto-somministrato finalizzato a intervenire sul DAG tramite materiale di auto-aiuto scritto o elettronico (solitamente un libro) è simile all'auto-aiuto guidato, ma solitamente implica un contatto minimo con il terapeuta, ad esempio in occasione di una breve chiamata per non più di 5 minuti.

Elementi chiave nell'approccio al paziente con disturbo d'ansia sono l'informazione e il supporto. Il trattamento dei pazienti con disturbi d'ansia di lieve entità dovrebbe basarsi in primo luogo su interventi non farmacologici; possono beneficiare di brevi interventi psicologici o di gruppi di psicoeducazione basati sui principi della CBT. Per trattare i sintomi fisici dell'ansia possono essere utili programmi specifici di rilassamento, quali training autogeno, il rilassamento muscolare progressivo e il biofeedback, attraverso il monitoraggio e la modulazione dell'iperattivazione neurovegetativa. In caso di inefficacia di tali interventi terapeutici, e comunque nei casi in cui il disturbo si presenti con caratteristiche di maggior gravità, associandosi a marcata compromissione del funzionamento, sono raccomandati un trattamento farmacologico, con farmaci SSRI o una psicoterapia come la CBT. Nei casi refrattari alla terapia e nei casi d'ansia severa con marcata compromissione del funzionamento e complicata da abuso-dipendenza da sostanze è indicato l'invio allo specialista.

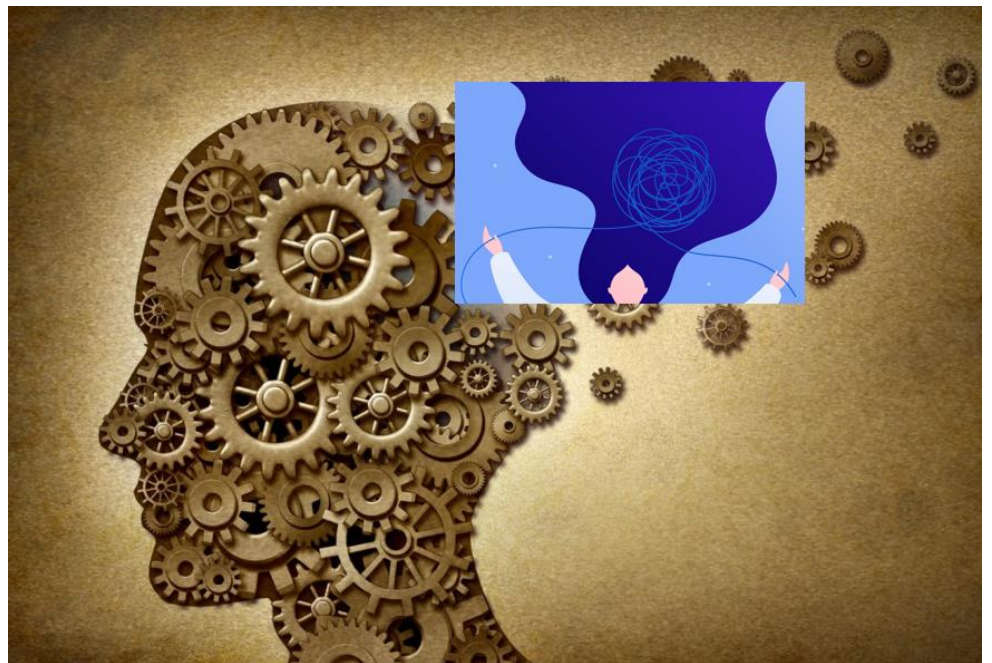
Anche per la gestione ed il trattamento dei disturbi da attacchi di panico è raccomandato il riferimento allo specialista solo per casi severi e refrattari ad interventi attuabili dal MaP e/o non gestibile nel contesto della medicina

LA SALUTE PSICO-FISICA

generale. Particolare attenzione deve essere posta da parte del MMG all'utilizzo di ansiolitici o ipnotici che dovrebbero essere prescritti sotto stretto controllo medico, solo per la gestione delle crisi e come misura a breve termine (massimo 4 settimane).

Emerge quanto sia necessario avere un PDTA locale con un ruolo centrale svolto dal MaP che grazie al percorso assistenziale tracciato secondo le Linee Guida scientifiche può individuare precocemente, diagnosticare, iniziare il trattamento e gestire i pazienti con disturbi psichiatrici in un percorso anche integrato con la specialistica delle stesse Cure Primarie ed il tutto con l'obiettivo di produrre buona salute e benessere psico-fisico.

*Mezzina Antonia Maria Nunzia
Marinelli Maria Isa Pia*





Edizione di agosto 2022