



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



SOCIETÀ ITALIANA DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

Documento di Sintesi

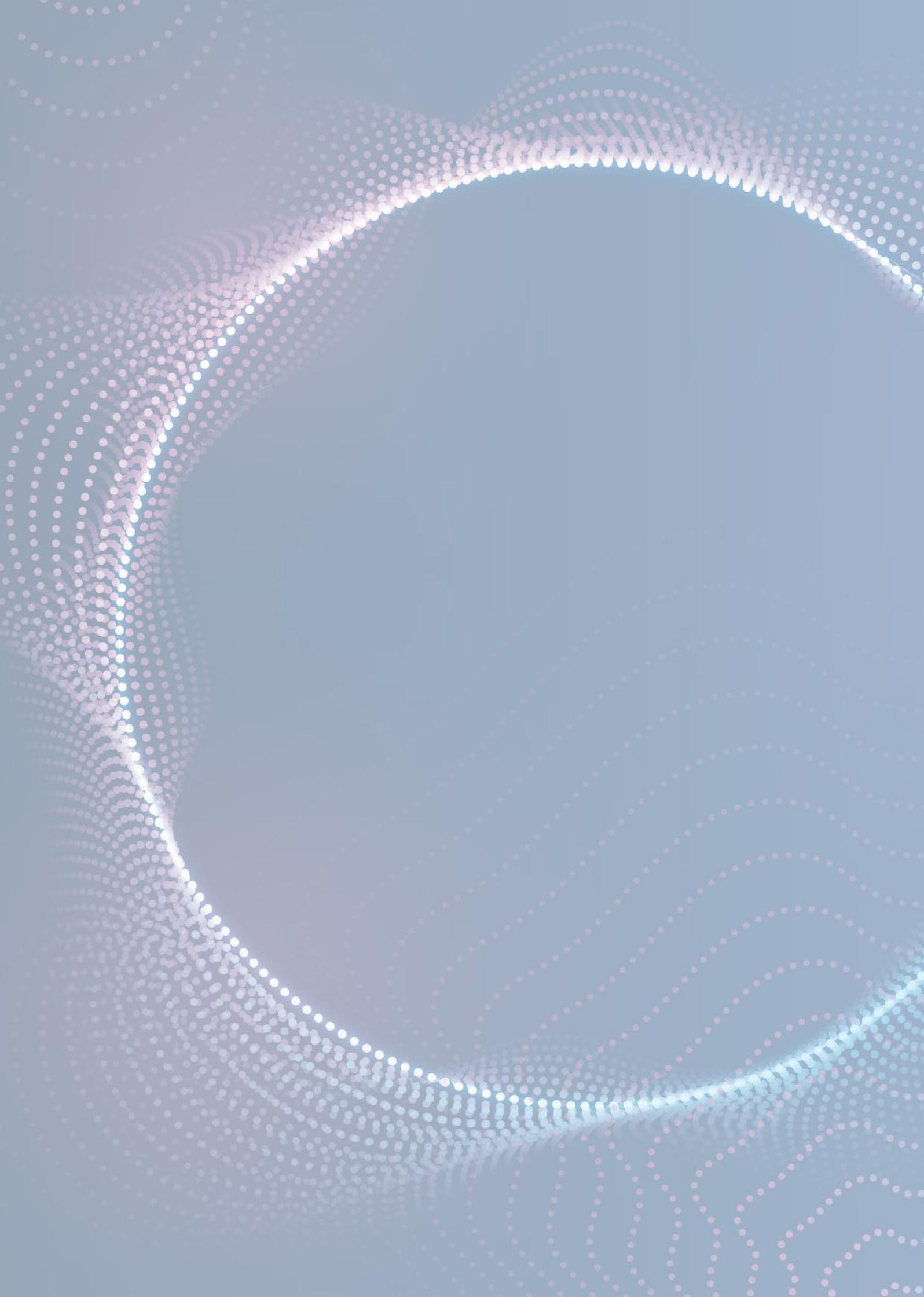
Le nuove sfide del territorio nell'endemia post-Covid

Stakeholder a confronto per una migliore
presa in carico della cronicità

ROMA

28 - 29 marzo 2023

Roma Eventi Fontana di Trevi
Piazza della Pilotta, 4 - Roma



INDICE

Introduzione	Pag. 4
Comitati	Pag. 5
Cardiologia	Pag. 6
Audiologia	Pag. 10
Patologie Valvolari Cardiache	Pag. 11
Prevenzione Vaccinale	Pag. 13
Urologia e Ginecologia	Pag. 14
Malattie Respiratorie	Pag. 16
Dolore	Pag. 23
Oncologia	Pag. 26
Diabete	Pag. 28
Gastroenterologia	Pag. 30
Dermatologia	Pag. 34
Faculty	Pag. 36

Introduzione



La medicina territoriale rappresenta un pilastro fondamentale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale poiché è lì dove i cittadini possono trovare risposte ai loro bisogni di salute. È la base di tutte quelle prestazioni sanitarie di primo livello e pronto intervento che hanno come obiettivo principale quello di prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute delle persone, riducendo al contempo il ricorso all'ospedalizzazione.

Il personale medico che opera all'interno della medicina territoriale è composto principalmente dai medici di famiglia e dai pediatri di libera scelta, ma anche dagli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, i quali si occupano quotidianamente di seguire i pazienti cronici cercando di evitare il sovraccarico delle strutture ospedaliere, fornendo un servizio di prima assistenza ai pazienti dimessi da strutture sanitarie o affetti da patologie croniche.

Nella fase pandemica, l'obbligo di evitare il contatto tra i pazienti ha costretto molte aziende sanitarie a chiudere gli ambulatori, causando un ulteriore allungamento delle liste di attesa e amplificando problemi preesistenti del sistema sanitario nazionale. Con l'evoluzione della situazione epidemiologica, passando dalla fase pandemica a quella endemica, è diventata necessaria la ripartenza della medicina territoriale, che rappresenta il fulcro della presa in carico dei pazienti cronici garantendo continuità delle cure, aderenza terapeutica, appropriatezza e, di conseguenza, una migliore efficienza per l'intero sistema sanitario nazionale.

Per questo motivo, si è organizzato il Convegno "Le nuove sfide del territorio nell'endemia post Covid" con l'obiettivo di mettere a confronto gli stakeholder di varie aree terapeutiche e di elaborare opinion paper condivisi per la migliore gestione del paziente cronico in un nuovo contesto di Covid endemico. Il convegno ha visto l'attivazione di undici tavoli di lavoro dedicati a specifiche aree terapeutiche, in cui sono stati discussi temi come l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza delle cure, i percorsi diagnostico terapeutici, il ruolo dell'innovazione, e sono stati prodotti documenti finali che includono analisi delle criticità e proposte concrete per una migliore gestione dei pazienti cronici, dalla diagnosi alla corretta presa in carico.

L'obiettivo finale è quello di definire modelli virtuosi che possano migliorare la qualità di vita dei pazienti e garantire una maggiore efficienza del sistema sanitario nazionale, portando benefici sia per la salute della collettività che per i conti dello Stato. La riforma della sanità territoriale inserita nella Missione 6 del PNRR rappresenta una grande opportunità per migliorare ulteriormente la medicina territoriale e la presa in carico dei pazienti cronici, fornendo un servizio di qualità e in grado di soddisfare sempre di più le esigenze dei cittadini, e in questo scenario la medicina specialistica del territorio deve assumere un ruolo centrale come protagonista e motore del cambiamento.

Antonio Magi

Segretario Generale SUMAI Assoprof

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Magi'.

Comitato Tecnico Scientifico del Congresso

Antonio Magi *Segretario Generale SUMAI Assoprof*

Americo Cicchetti *Professore di Economia UNICATT del Sacro Cuore e Direttore di ALTEMS*

Gianfranco Damiani *Professore in Igiene Generale ed Applicata UNICATT del Sacro Cuore*

Guido Locasciulli *Avvocato*

Consiglio Scientifico del Congresso Sumai Assoprof

Presidente **Giuseppe Nielfi**

Presidente Collegio Nazionale Probiviri **Fernando Muià**

Vice Presidente **Gabriele Peperoni**

Vice Presidente **Giuseppe Vitellaro**

Tesoriere Nazionale **Giorgio Lodolini**

Segretario Organizzativo Settore Convenzioni **Pio Attanasi**

Vice Segretario Organizzativo Settore Convenzioni **Piero Bergamo**

Segretario Organizzativo Settore Dipendenza **Giuseppe Pantaleo Spirto**

Segretario Organizzativo Settore Medicina dei Servizi **Rosanna Petrangeli**

Responsabile dei Rapporti con l'INAIL **Maria Carmela Strusi**

Responsabile dei rapporti con l'INPS **Francesca Tassi**

Coordinatore Area Medici Sasn **Stefano Alioto**

Coordinatore Nazionale Area Psicologi **Filippo Cantone**

Coordinatore Nazionale Area Medici Medicina Generale **Ildo Antonio Fania**

Coordinatore Nazionale Area Veterinari **Tiziana Felice**

Coordinatore Nazionale Area Biologi **Felicia Oliva**

Coordinatore Nazionale Area iscritti in attesa di incarico **Elena Bosco**

Direttore Centro Servizi **Piero Bergamo (Ad interim)**

Direttore Centro Studi **Renato Obrizzo**

Direttore Scuola Formazione Sindacale **Luigi Sodano**

Alessandro Cei

Antonio Chiacchio

Mauro Ferrettino

Speranza Iossa

Nicola Menin

Domenico Montalto

Alessandra Stillo

Andrea Tori

Francesco Ventura

Giorgio Visca

CARDIOLOGIA

Il problema dell'aderenza clinico-terapeutica nel paziente cronico con patologia cardiovascolare

Coordinatrice: Francesca Mirabelli, Specialista ambulatoriale in cardiologia

Relatori: Tonino Aceti, Chiara Caliumi, Americo Cicchetti, Giovambattista Desideri, Francesca Mirabelli, Giuseppina Mosca, Carlo Piccinni

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi la prima causa di morbidità e mortalità nel mondo occidentale e pertanto la nostra capacità di prevenire queste patologie è ancora limitata.

Esse costituiscono una delle maggiori fonti di costo per i sistemi sanitari: in Italia, il costo annuale per la gestione delle malattie cardiovascolari è stimato in circa 21 miliardi di euro, considerando sia i costi diretti del trattamento (esempio cure ospedaliere e terapie farmacologiche) che i costi indiretti (esempio assenze dal lavoro e riduzione della produttività). Le malattie cardiovascolari riconoscono un'eziologia multifattoriale, cioè più fattori di rischio contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo: età, sesso, familiarità, abitudini di vita, contesto sociale, stato mentale, valori di pressione arteriosa, abitudine al fumo di sigaretta, diabete, colesterolemia, uricemia, abuso di alcol o sostanze stupefacenti. Il rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia cardiovascolare dipende dall'entità dei fattori di rischio e aumenta con l'avanzare dell'età.

Tale rischio può essere ridotto promuovendo uno stile di vita sano, effettuando un attento monitoraggio clinico delle popolazioni a rischio, intervenendo sui fattori modificabili anche con l'ausilio farmacologico con l'obiettivo di effettuare diagnosi e trattamento precoce dei fattori di rischio e delle eventuali complicanze. È dunque fondamentale che l'approccio gestionale del rischio cardiovascolare sia globale, prevedendo l'ottimizzazione di tutti i fattori di rischio compresi quelli emergenti a cui la letteratura scientifica sta ponendo una crescente attenzione¹⁻². Tra questi ultimi meritano menzione gli aumentati livelli circolanti dei trigliceridi e dell'acido urico. La persistenza di aumentati livelli circolanti di trigliceridi dopo ottimizzazione del colesterolo LDL comporta, infatti, un rischio residuo di non trascurabile rilevanza. L'attenzione della letteratura scientifica nei confronti dell'iperuricemia (definita da livelli circolanti di acido urico >6 mg/dL) è cresciuta enormemente nel corso degli ultimi anni in ragione della enorme mole di evidenze suggestive di una relazione molto stretta tra aumentati livelli circolanti di acido urico e patologie cardiovascolari, renali e metaboliche. La solidità di queste evidenze è tale da avere indotto gli estensori delle linee guida per la gestione dell'ipertensione arteriosa a suggerire la determinazione di questo parametro metabolico ai fini dell'inquadramento globale del paziente. L'iperuricemia, peraltro, si associa molto frequentemente alla formazione di depositi di urato monosodico a livello articolare e tissutale, ben più frequenti di quanto l'epidemiologia della gotta nella sua forma classica di "podagra" possa far immaginare. Il 25-30% dei pazienti iperuricemici presentano, infatti, depositi subclinici di urato monosodico, con conseguente indicazione alla terapia ipouricemizzante al fine di arrestare la progressione del danno articolare e vascolare.

L'ipertensione arteriosa secondo i dati della World Health Association è un fattore di rischio di impatto fondamentale: nel 2015 gli individui affetti da ipertensione arteriosa ammontavano a circa 150 milioni in Europa e un miliardo circa nel mondo. Si stima che l'ipertensione abbia provocato nel 2015 10 milioni di decessi nel mondo, 4.9 milioni dei quali dovuti a cardiopatia ischemica e 3.5 milioni a ictus ischemico o emorragico. Gli studi epidemiologici dimostrano che i valori di pressione arteriosa hanno una relazione lineare con gli eventi cardiovascolari. L'ipertensione rappresenta inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo di insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale, nefropatia, arteriopatia periferica e declino cognitivo. Tuttavia nella pratica clinica quotidiana siamo ancora lontani dal ridurre in modo decisivo l'impatto di questo fattore di rischio sulla salute globale¹. Come documentato da recenti osservazioni, solo il 40% dei pazienti ipertesi viene trattato e di questi solo il 35% consegue un controllo della PA a valori <140/90 mmHg.

Tra i fattori che concorrono a determinare lo scarso controllo pressorio nella popolazione generale acquisisce notevole rilevanza la ridotta aderenza al trattamento farmacologico: la riluttanza a seguire

nel tempo la terapia prescritta è un enorme ostacolo che si presenta quotidianamente nella gestione dei pazienti con patologia cardiovascolare ed è ancora più marcata quando si trattano patologie asintomatiche o che suscitano scarso allarme sociale come l'ipertensione o l'ipercolesterolemia. Una scarsa aderenza del paziente verso la terapia prescritta impedisce di normalizzare i valori di pressione arteriosa o di altri fattori di rischio e di ottenere una protezione efficace del paziente da future complicanze cardiovascolari, con effetti devastanti sulla salute pubblica e sulla spesa sanitaria.

Il problema della scarsa aderenza terapeutica non riguarda solo la popolazione ipertesa. Oggi il 50% degli over 65 in Italia (circa 7 milioni) è colpito da almeno una malattia cronica (malattie cardiovascolari, diabete, patologie respiratorie, connettivopatie, depressione, osteoporosi, artrosi, glaucoma...).

Molti di loro non aderiscono ai trattamenti medici necessari o li abbandonano dopo un breve periodo: l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che solo la metà dei pazienti assuma i farmaci in modo corretto; i non aderenti superano il 70% fra gli anziani.

La scarsa aderenza è dovuta a fattori individuali (abitudini, convinzioni personali, timori riguardanti i farmaci e i loro effetti avversi, scarsa conoscenza della propria patologia), alle caratteristiche della terapia, a problemi di accesso alle cure e alla qualità del rapporto medico-paziente. La valutazione dell'aderenza deve essere condotta adottando un approccio di non colpevolezza, favorendo una discussione aperta per identificare specifiche problematiche che impediscono al paziente di seguire le raccomandazioni terapeutiche, trovando eventualmente soluzioni personalizzate. Il colloquio motivazionale col medico e con l'infermiere è fondamentale affinché il paziente comprenda i rischi della patologia, i benefici dei trattamenti proposti e si assuma la responsabilità della propria salute. L'ipertensione e l'ipercolesterolemia, per esempio, sono per lungo tempo silenti e questo comporta una non percezione dell'importanza del controllo della malattia per prevenire le sue complicanze a lungo termine. La non percezione determina una scarsa aderenza: diventa pertanto fondamentale motivare il paziente spiegandogli in modo semplice e comprensibile perché è utile assumere la terapia e quali sono le conseguenze della mancata assunzione. Il medico del territorio, coadiuvato dagli altri operatori del panorama sanitario, svolge dunque un ruolo fondamentale perché attraverso il contatto costante e la presa in carico del paziente cronico crea un'alleanza terapeutica essenziale per migliorare lo stato di salute del singolo e della collettività.

La limitata aderenza si manifesta soprattutto quando il regime terapeutico prescritto include farmaci che devono essere assunti più volte nella stessa giornata o che sono caratterizzati da importanti effetti collaterali⁶. Diventa pertanto di cruciale importanza impostare un regime terapeutico efficace, ma che sia il più semplice possibile e che riduca al minimo gli effetti collaterali. L'11% degli over 65 (circa 1,5 milioni in Italia) deve assumere ogni giorno 10 o più farmaci; terapie con tali livelli di complessità non incentivano un buon tasso di aderenza.

E' stato dimostrato che la mancata aderenza è <10% con una singola compressa, 20% con due compresse, 40% con tre compresse fino a raggiungere percentuali altissime di non aderenza nei pazienti che assumono 5 o più compresse. Talvolta purtroppo non si può prescindere da un regime terapeutico complesso per la presenza di numerose comorbidità che richiedono a loro volta trattamenti farmacologici. Per contrastare tale fenomeno, il medico (soprattutto del territorio) deve fornire al paziente spiegazioni dettagliate circa gli orari e le modalità di assunzione dei vari farmaci, realizzando possibilmente un semplice schema scritto che indichi le compresse da assumere con i relativi orari, accorpendo il più possibile le somministrazioni, tenuto conto delle interferenze farmacologiche. I farmaci dovrebbero essere assunti insieme in un unico momento della giornata o, se ciò non è possibile a causa dell'elevato numero di compresse, si dovrebbero individuare due o al massimo tre momenti in cui assumere più farmaci contemporaneamente, evitando le somministrazioni plurime che riducono in modo significativo la compliance del paziente alla terapia.

L'uso dei farmaci in associazione preconstituita rappresenta in tal senso un valido supporto: è stato ampiamente dimostrato che l'utilizzo di combinazioni fisse aumenta l'aderenza alla terapia antipertensiva migliorando il controllo pressorio e assicurando di conseguenza una maggior protezione dagli eventi cardiovascolari. La tollerabilità è peraltro un elemento cruciale per una buona compliance alla terapia, ancora più se si trattano patologie quasi sempre asintomatiche come l'ipertensione arteriosa.

Vari studi clinici hanno dimostrato che gli effetti avversi sono meno frequenti con basse dosi di due farmaci differenti piuttosto che con alte dosi di uno stesso composto. Questo dato è di estrema importanza in quanto il 30-40% dei pazienti sospende la terapia a causa di effetti collaterali. Pertanto la terapia di associazione rappresenta una delle più importanti soluzioni al problema della scarsa aderenza terapeutica, in quanto consente di ottenere maggiore efficacia e migliore tollerabilità.

Le linee guida europee sul trattamento dell'ipertensione arteriosa suggeriscono l'utilizzo di associazioni fisse come terapia iniziale nella maggioranza dei pazienti ipertesi. Gli studi dimostrano che la monoterapia solo raramente è sufficiente per raggiungere gli obiettivi pressori. Pertanto si suggerisce di iniziare da subito una terapia di associazione, prescrivendo come terapia iniziale due farmaci in un'unica compressa. L'associazione di due farmaci quale terapia iniziale si è rivelata sicura e ben tollerata, a fronte di un aumento trascurabile del rischio di ipotensione. Dati osservazionali indicano che il tempo che intercorre per conseguire il controllo pressorio rappresenta un importante determinante dell'outcome clinico. L'utilizzo di due farmaci come primo step riduce l'inerzia terapeutica (cioè la riluttanza del medico ad intensificare lo schema terapeutico da uno a più farmaci pur non avendo ancora raggiunto target soddisfacenti), migliora la rapidità e la qualità del controllo pressorio.

Alla luce dei dati riportati, auspichiamo una diffusione crescente di associazioni farmacologiche fisse, ricorrendo anche ad associazioni di farmaci usati per scopi differenti (esempio antipertensivo più statina, statina + antipertensivo + antiaggregante...). Un recente studio clinico ha dimostrato che la strategia farmacologica "polipillola", contenente una combinazione di tre farmaci utilizzati per la prevenzione cardiovascolare secondaria (aspirina, ACEinibitore e statina), riduce il rischio di ri-ospedalizzazione e morte⁹. Diversi lavori scientifici hanno dimostrato che alcuni mesi dopo un infarto miocardico acuto, circa la metà dei pazienti smette di seguire con regolarità la terapia raccomandata. In questo contesto l'uso di una polipillola con all'interno più molecole raccomandate rappresenta una strategia per semplificare la terapia e favorirne l'assunzione, riducendo il rischio di eventi cardiovascolari e di morte rispetto ai pazienti trattati in modo convenzionale. Negli studi la somministrazione contemporanea di più principi attivi non ha evidenziato aumento degli effetti collaterali.

Le nuove tecnologie e la telemedicina forniscono soluzioni pratiche per mantenere un contatto costante col paziente, monitorarne le condizioni cliniche e l'effettiva persistenza in terapia. L'innovazione tecnologica mette a disposizione strumenti di raccolta dati o di monitoraggio delle prescrizioni, presidi per facilitare la comunicazione continuativa col paziente come software per le televisite o app utilizzabili su dispositivi mobili.

I metodi per la stima dell'aderenza terapeutica possono essere diretti o indiretti. La misurazione diretta avviene dosando la concentrazione del farmaco nel sangue o nelle urine: si tratta di un approccio preciso ma molto costoso e dunque applicabile solo in circostanze particolari. Nei metodi indiretti, invece, l'aderenza viene stimata chiedendo al paziente di compilare dei questionari o di tenere un diario clinico dei farmaci assunti, oppure ricorrendo agli archivi elettronici delle prescrizioni farmaceutiche. L'aderenza terapeutica dovrebbe essere considerata un indicatore di performance del Servizio Sanitario Nazionale e quindi a cascata dei servizi sanitari regionali. Bisognerebbe dunque inserire nel sistema istituzionale di misurazione e valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) nelle Regioni (che in Italia si chiama Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia - NSG), un indicatore ad hoc sull'aderenza terapeutica. In tal modo le Regioni sarebbero misurate concretamente anche su questo fronte, alimentando così un processo virtuoso di qualificazione delle proprie politiche sanitarie. Il nostro SSN deve ancora di fatto avviare questo processo, ma iniziano ad esserci analisi e richieste di cambiamento in tal senso che fanno ipotizzare un'attivazione rapida di questo monitoraggio.

Diversi studi recenti hanno confermato come campagne volte all'aumento del tasso di aderenza farmacologica siano da considerare sostenibili per i sistemi sanitari nazionali e associate ad un maggior livello di salute per i pazienti. L'ALTEMS ha promosso un progetto, in collaborazione con la Regione Toscana, il cui obiettivo era quello di determinare il livello di adesione alla terapia con farmaci inibitori del dipeptidil-peptidasi IV (DPP-4) e l'utilizzo delle risorse del servizio sanitario da parte dei pazienti affetti da

diabete di Tipo 2 afferenti alla Regione Toscana. I risultati dell'analisi hanno sottolineato come in Toscana l'81,5% dei pazienti fosse aderente alla terapia e solo il 18,5% fosse non aderente. Dai risultati si evince che gli individui aderenti fanno meno accessi al Pronto soccorso e ricoveri, con un minor consumo di risorse ospedaliere e con un evidente guadagno in termini di salute pubblica. L'analisi conclude che investire risorse per incrementare l'aderenza, nella coorte di pazienti analizzata, risulta poco impattante sulla spesa sanitaria regionale e dunque la promozione di campagne volte ad aumentare i livelli di aderenza sono iniziative che dovrebbero essere promosse.

Senza la collaborazione attiva del paziente le terapie sono destinate all'insuccesso: gli interventi finalizzati ad aumentare la compliance possono avere un impatto sulla salute di gran lunga superiore a qualunque altro progresso terapeutico. L'aderenza alle terapie risulta fondamentale per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, che rischia di collassare per l'implosione legata alle risorse economiche e sanitarie da introdurre una volta aggravatasi la situazione di milioni di malati costretti al ricovero per la scarsa aderenza alle terapie: è stato stimato che il raggiungimento dell'80% di aderenza alla terapia nelle malattie croniche garantirebbe un risparmio di circa €11,4 miliardi ogni anno in termini di riduzione delle complicanze, accessi al pronto soccorso e ospedalizzazioni. È dunque importante valutare l'impatto economico della scarsa aderenza attraverso studi osservazionali di real-life, in modo da rendere consapevoli del problema tutti gli attori. Si potrà inoltre chiarire ai decisori che il miglioramento dell'aderenza non comporta necessariamente aumento dei costi, ma miglioramento dell'efficienza degli interventi sanitari e degli outcome clinici con riduzione di spesa sanitaria.

Una patologia cardiovascolare spesso sottostimata e sottotrattata ma con elevato impatto socio-sanitario ed economico è la cosiddetta "patologia arteriosa periferica", termine che comprende malattie a carico dei distretti arteriosi eccetto quello coronarico e intracranico, ad eziologia prevalentemente aterosclerotica. L'arteriopatia periferica è spesso associata ad altre importanti comorbidità: la coronaropatia e/o la patologia cerebrovascolare sono presenti in oltre il 50% dei pazienti affetti da arteriopatia periferica.

È stato evidenziato in alcuni studi che l'incidenza di complicanze dirette a carico degli arti inferiori, come l'ischemia critica o la necessità di amputazioni, era del 26% in un periodo di osservazione di circa 4 anni. Invece i pazienti affetti da arteriopatia presentavano un'elevata incidenza di morte per malattie cardiovascolari, infarto miocardico e ictus rispetto ai pazienti affetti da sola patologia aterosclerotica coronarica. Nonostante l'elevata morbilità e mortalità dei pazienti con arteriopatia periferica, ancora oggi la patologia è sotto-diagnosticata e sotto-trattata rispetto alla coronaropatia e alla vasculopatia cerebrale. Data la gravità e la complessità della patologia aterosclerotica e delle sue complicanze, si rende sempre più evidente l'importanza di un approccio coordinato e multidisciplinare che deve includere figure professionali con competenze specialistiche diversificate al fine di ottenere una prevenzione e un trattamento realmente efficaci.

AUDIOLOGIA

Prevenzione e diagnosi dei disturbi uditivi: importanza dello screening

Coordinatori: *Fernando Muià, Specialista ambulatoriale in Otorinolaringoiatra*
Valentina Faricelli, Presidente di Udito Italia Onlus

Relatori: *Francesca Castellani, Valentina Faricelli, Fernando Muià, Gabriele Peperoni, Elvia Raia, Dario Ruggeri, Pier Raffaele Spena, Davide Stecco*

L'attenzione al mantenimento della qualità dell'udito assume carattere prioritario in una società con percentuale di anziani in incremento e abitudini insane come l'utilizzo prolungato o ad alto volume delle cuffie per ascolto di musica o della componente sonora dei videogame o dei film.

Il tavolo ha approfondito le sopradescritte tematiche con particolare riferimento alle indicazioni della protesizzazione acustica precoce quale valido presidio riabilitativo nei deficit cognitivi iniziali elaborando le seguenti indicazioni:

Proposte atte a migliorare la prevenzione e la diagnosi della patologia

- Introduzione di un esame strumentale durante le fasi di rilascio e rinnovo della patente di guida
- Reintroduzione della medicina scolastica al fine di incentivare gli screening uditivi eseguiti presso le scuole
- Incentivare momenti di incontro e formazione con gli specialisti sui corretti comportamenti e stili di vita

Ruolo dello specialista/professionista nella gestione della tematica trattata

- Passaggio da un concetto di medicina prestazionale a quello di presa in carico del paziente con la collaborazione, per le fasi di identificazione del bisogno assistenziale, dei MMG e PLS

Definire un percorso che possa migliorare l'aderenza al percorso di cura e alle terapie

- Programmazione corretta dei controlli periodici
- Promuovere l'aderenza al piano di cura da parte dei pazienti con particolare attenzione ai grandi anziani

Corretti stili di vita da adottare per la prevenzione e la riduzione delle complicanze

- Igiene uditiva:
 - Attenzione all'esposizione al rumore, sia per quanto riguarda l'intensità sia per quanto riguarda il tempo
 - Corretta alimentazione al fine di prevenire e ritardare la progressione della malattia

Nuove tecnologie e strumenti digitali da utilizzare per la gestione dei pazienti sul territorio

- Utilizzo di videotoscopi da parte dei MMG e dei PLS per il teleconsulto con il SAI
- Possibilità di eseguire il fitting protesico a distanza

Criticità riscontrate

- Disomogenea diffusione dello screening neonatale
- Mancanza di un programma di screening uditivo infantile in età pre-scolare e scolare
- Difficoltà regionali nell'applicazione della normativa vigente in tema di assistenza protesica
- Eccessiva burocratizzazione del percorso prescrittivo/autorizzativo
- Accessibilità del percorso rimediativo protesico

Suggerimenti

- Stimolare le istituzioni a prevedere, all'interno delle normative, momenti di screening uditivo nei piani di prevenzione nazionali
- Aggiornare la normativa vigente in tema di requisiti uditivi per il rilascio ed il rinnovo della patente di guida introducendo criteri oggettivi per la valutazione dell'udito

Conclusioni

- Riteniamo questo tavolo estremamente interessante per la presenza degli attori coinvolti nell'equipe multidisciplinare che ha in carico il paziente ipoacusico
- Auspichiamo ulteriori momenti di confronto che rendano questo tavolo a carattere permanente.

PATOLOGIE VALVOLARI CARDIACHE

Dall'ambulatorio all'ospedale

Coordinatore: Giancarlo Roscio, Docente Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

Relatori: Igino Genuini, Gabriella Lavallo, Fabio Miraldi, Giuseppina Mosca, Giancarlo Roscio

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione nella nostra società favorisce l'aumento dei fenomeni degenerativi (fibrosi e calcificazioni) a carico delle valvole cardiache, le più colpite sono l'aorta e la mitrale, l'una prevalentemente stenotica (ristretta), l'altra insufficiente.

Il decorso della malattia è silente per molti anni e spesso l'esordio è caratterizzato in quadri clinici di scompenso, sincope, angina, infarto e morte improvvisa nel giro di pochi anni.

La prevalenza di questa patologia raggiunge percentuali elevate negli ultrasessantenni (fino al 13% aumentando con l'età) mentre vi sono basse percentuali nelle prime decadi di vita e in quelle centrali.

È evidente come una diagnosi precoce in una fase preclinica, quando ancora non si sono prodotte lesioni a carico del muscolo cardiaco, possa, con un intervento precoce di correzione, modificare in senso positivo la prognosi di questi pazienti.

Oggi alla chirurgia tradizionale in circolazione extracorporea per la sostituzione della valvola nativa con una protesi biologica o meccanica, sono state messe a punto metodiche meno invasive che consentono, per via percutanea, la sostituzione della valvola patologica.

La TAVI (Impianto della Valvola Aortica via transcateretere) può essere applicata con relativa facilità anche in soggetti anziani ad alto rischio.

Così per la mitrale, la cui grave insufficienza può essere corretta con la tecnica del "mitraclip" che, applicata attraverso un cateterismo cardiaco, ne limita la gravità riducendo l'escursione dei lembi valvolari.

Tali patologie vengono spesso sottodiagnosticate precludendo così la possibilità di un intervento precoce e tempestivo.

Per la loro prevalenza le valvulopatie degenerative sono state recentemente indicate come un problema di salute pubblica e individuato l'esame ecocardiografico come il test di screening elettivo, dal momento che non sempre un accurato esame clinico è in grado di svelare la presenza della valvulopatia.

Quindi in caso di diagnosi di valvulopatia il paziente dovrà seguire un percorso integrato tra MMG – Specialista Ambulatoriale – Cardiochirurgo di riferimento per un ulteriore percorso di approfondimento diagnostico terapeutico.

La proposta per migliorare la prevenzione e la diagnosi della patologia valvolare

È caratterizzata da uno Screening Diagnostico Clinico – Strumentale per individuare i CRITERI DI GRAVITA' avviando un percorso integrato territorio- ospedale.

- 1 Garantire e semplificare la presa in carico e la gestione dei pazienti valvulopatici
- 2 Approccio multidisciplinare per raggiungere un trattamento ottimale secondo linee guida ESC
- 3 Ottimizzare i tempi di attesa dell'iter diagnostico/terapeutico (follow-up o intervento cardiocirurgico)
- 4 Adeguata informazione al paziente riguardo la patologia valvolare, le opzioni terapeutiche, eventuale follow-up e trattamento riabilitativo post-chirurgico

Ruolo dello specialista/professionista nella gestione della tematica trattata

Cardiologo Ambulatoriale in relazione con Centro Cardiocirurgico Di Riferimento

PERCORSO PAZIENTE

1 MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(diagnosi clinico-strumentale mirata sospetto pat. valvolare pz anziano fragile esame obiettivo positivo per soffi significativi? prescrizione di V. Cardiologica ECG)

2 CARDIOLOGO AMBULATORIALE = ESAMI DI I E II LIVELLO

- 3 QUANDO PRESCRIVERE VISITA CARDIOCHIRURGICA - CRITERI DI GRAVITA'
PREVIA VALUTAZIONE FRAGILITA' - DISABILITA' (VISITA GERIATRICA - FISIATRICA ETC.)
- 4 PRESA IN CARICO DEL PZ DA PARTE DEL CARDIOCHIRURGO (HEART TEAM)

OPERATIVITÀ

Attuazione di un'INFORMAZIONE corretta alla popolazione (riconoscimento di sintomi d'allarme) e Personale Sanitario

INFORMAZIONE

- POPOLAZIONE
- MMG
- SPECIALISTA
- PERSONALE INFERMIERISTICO

Attuazione di una **FORMAZIONE PERSONALE SANITARIO**

FORMAZIONE

- MMG
 - SPECIALISTA
 - PERSONALE INFERMIERISTICO
- UTILIZZO CLINICO E DIAGNOSTICO-STRUMENTALE secondo linee guida INTERNAZIONALI
- AMBITO CARDIOCHIRURGICO
- PERCORSO PERIPROCEDURALE (SANITARI - MEDICI E NON MEDICI)
 - PERCORSO PROCEDURALE (SANITARI - MEDICI E NON MEDICI)
 - PERCORSO POST-PROCEDURALE (SANITARI - MEDICI E NON MEDICI)
 - GESTIONE FARMACI (SCOMPENSO - ANTICOAGULANTI ...)

PREVENZIONE VACCINALE

L'importanza del vaccino come presidio di salute dall'infanzia alla cronicità

Coordinatrice: *Rosanna Petrangeli, Medico di Medicina Generale*

Relatori: *Federica Antezza, Elena Cicconetti, M. Farinella, Alessandro Ferraccioli, Maria Rosaria Miglietta, Rosanna Petrangeli*

Ogni anno nel mondo la vaccinazione previene la mortalità di circa 3 milioni di persone, secondo quanto stimato dall'Organizzazione Mondiale di Sanità. Nel nostro Paese, il raggiungimento di livelli di copertura vaccinale ottimale in età pediatrica ha portato ad una drastica riduzione dell'incidenza di patologie infettive fortemente invalidanti e talora con complicanze infauste. Tuttavia, ogni anno, a livello globale, sempre l'Organizzazione Mondiale di Sanità stima dai 250.000 ai 500.000 morti a causa dell'influenza, fino a 70.000 nell'Unione Europea e ben 8000 in Italia. Dal punto di vista epidemiologico, infatti, l'influenza risulta essere ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta solo da AIDS e tubercolosi ed il raggiungimento di una copertura vaccinale perseguibile è ancora lontana. La necessità di individuare strategie volte a promuovere la cultura della vaccinazione e della prevenzione delle patologie infettive di maggiore impatto sociale, non ultima l'HIV, è stato l'argomento cardine del nostro tavolo di lavoro.

L'esigenza di approfondire il tema dell'HIV è nato dalla forte richiesta da parte dei colleghi del territorio che vengono ogni giorno a confrontarsi con il forte aumento dei comportamenti a rischio e diventa necessario conoscere quali possano essere le possibili strategie volte a limitare la diffusione dell'AIDS, tramite farmaci antiretrovirali che si stanno dimostrando efficaci nella profilassi pre e post-esposizione. In un Paese come il nostro, in cui la popolazione over 80 è raddoppiata negli ultimi venti anni e, su una popolazione di 50 milioni di persone con età maggiore di 18 anni, 14 milioni hanno una malattia cronica, risulta essere indispensabile promuovere una campagna informativa che affronti prioritariamente i pregiudizi sulla vaccinazione, evidenziando i benefici che una copertura vaccinale ottimale può ottenere. Secondo i dati ISTAT del 2021, il 66.1% della popolazione over 65 ha dichiarato di aver aderito alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, valore sotto la soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità. Il 33.4% della popolazione over 65 non vaccinata ha sostenuto di non aver aderito, non ritenendosi un soggetto a rischio. Il 21,7% dei non vaccinati, pur dichiarando di non godere di buone condizioni di salute, rifiutava di sottoporsi alla vaccinazione per timore degli effetti avversi. Il cittadino/paziente spesso non è consapevole di quali siano i propri fattori di rischio, di quale sia l'entità di eventuali reazioni avverse e, soprattutto, di quali possano essere i benefici della vaccinazione in termini di vite salvate e di costi. La scelta di vaccinarsi deve essere il frutto di un percorso di educazione alla vaccinazione, responsabile e consapevole.

Promuovere la vaccinazione non solo come scelta individuale, ma soprattutto sociale, potrebbe aumentare l'adesione da parte della popolazione giovane e sana e, di conseguenza, proteggere i soggetti vulnerabili che, nei Paesi dell'UE, rappresentano il 36% della popolazione. Il medico di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali territoriali, in sinergia, rappresentano un veicolo primario del messaggio di prevenzione: il rapporto di fiducia consolidato nel tempo con il paziente, la conoscenza dei bisogni assistenziali, le costanti occasioni di contatto e, non ultima, l'offerta di una diretta e gratuita accessibilità alle cure consentono di realizzare una costante e prolungata opera di promozione di comportamenti virtuosi, tra cui le vaccinazioni trovano sicuramente un posto rilevante.

È forte la necessità di far diventare gli studi della medicina generale e dei pediatri di libera scelta, insieme agli ambulatori territoriali, delle scuole di educazione alla prevenzione, nonché degli "Hub" di prevenzione, al fine di poter raggiungere gli obiettivi richiesti dal Piano Vaccinale Nazionale.

UROLOGIA E GINECOLOGIA

Incontinenza urinaria e fecale

Coordinatore: Giuseppe Lucci, Specialista ambulatoriale in Urologia

Relatori: Roberto Carone, Giuseppe Lucci, Marco Musy, Emanuele Porazzi, Barbara Roma, Antonella Spagnuolo, Giuseppe Torrini, Manuel Armando Valentini, Pier Raffaele Spena

Proposte atte a migliorare la prevenzione e la diagnosi della patologia

I programmi di screening oncologico, rivolti alle persone appartenenti alle fasce di età considerate a maggior rischio, sono offerti quali Livelli essenziali di assistenza (LEA) sin dal 2001 (DPCM 29 novembre 2001) e come tali confermati dal DPCM 12 gennaio 2017. È quindi di strategica importanza favorire e promuovere massicce campagne di informazione per indurre uomini e donne a rivolgersi alle autorità sanitarie per svolgere un controllo periodico per verificare lo stato di salute dell'apparato urogenitale. In questo contesto bisognerà agire in un'ottica di collaborazione continua tra i vari stakeholder (professionisti della salute, istituzioni, associazioni civiche e di pazienti, per esempio) nel pensare e coordinare azioni omogenee su tutto il territorio nazionale. Per far questo è necessario favorire l'istituzione delle Reti Regionali come quanto previsto dal documento Stato Regione del gennaio 2018 per l'importanza della omogeneità della presa in carico del paziente su tutto il territorio Nazionale.

Ruolo dello specialista/professionista nella gestione della tematica trattata

Il ruolo dello specialista è quello di fornire al paziente un'assistenza appropriata ed efficace facendogli assumere un ruolo attivo nelle decisioni sulla sua salute. In tale contesto lo specialista utilizza uno specifico processo per diagnosticare, affrontare e valutare le risposte della persona nei confronti del problema, pianificando interventi specifici per migliorare la qualità di vita dell'assistito. La regia del processo assistenziale consiste nell'identificazione critica dei bisogni, nella pianificazione dell'assistenza e nella valutazione del risultato. In questo contesto viene segnalata la necessità di agire attraverso un team multidisciplinare (Urologo, Fisiatra, Ginecologo, Geriatra, Proctologo), multiprofessionale (Infermiere, Ostetrica, Fisioterapista) che prenda in carico la persona e lo accompagni nel percorso di cura.

Definire un percorso che possa migliorare l'aderenza al percorso di cura e alle terapie

Nel "Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale" licenziato nel 2018 dalla Conferenza Stato - Regioni è ben definito il percorso di cura inserito in una rete integrata a più livelli (I, II, III livello). Tali percorsi devono essere definiti anche in collaborazione con le Associazioni dei pazienti.

Tra le priorità identificate per aumentare l'aderenza terapeutica si segnalano:

- Adozione di corretti stili di vita da adottare per la prevenzione e la riduzione delle complicanze;
- Svolgimento corretta attività fisica (BMI), stili di vita corretti (fumo, alcool, ecc).
- Utilizzo di nuove tecnologie e strumenti digitali da utilizzare per la gestione dei pazienti sul territorio (Bio feedback, elettrostimolazione), FKT.
- Identificazione di una figura di coordinamento all'interno di ogni struttura per la presa in carico del paziente (counselor).

Criticità riscontrate

Il sistema assistenziale a supporto delle persone con incontinenza è fondamentalmente ancora da realizzare. Sul territorio nazionale esistono strutture e professionisti d'eccellenza nella prevenzione e cura dell'incontinenza, ma siamo ben lontani da vedere un sistema che ragiona in rete. L'obiettivo è sia di fornire una assistenza di qualità, ma anche una omogeneità territoriale della stessa. Le maggiori criticità esistenti possono essere riassunte nei seguenti punti:

- Assenza di una Rete di riferimento
- Scarsa informazione al paziente circa il percorso di cura
- Difficoltà a garantire pare opportunità di accesso alle cure

- Mancanza di centri di riabilitazione
- Assenza di campagne nazionali di comunicazione sul tema
- Attuali procedure acquisti ausili non garantiscono l'appropriatezza e libera scelta da parte del paziente

La realizzazione di centri di I, II e III livello, come previsto dal Documento, contribuirebbero fortemente al superamento di molte criticità riportate sopra.

Suggerimenti

- Attivare corsi specifici di formazione per gli operatori
- Favorire l'implementazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) a livello regionale.
- Promuovere nuovi approcci per l'erogazione dei farmaci, anche alla luce delle evidenze scientifiche.
- Incentivare l'interazione tra MMG e Specialisti per la gestione coordinata della persona incontinente.

Conclusioni

È evidente che siamo in un momento storico importante nel quale da una parte dovrà essere implementato il modello disegnato nel "Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale", dall'altra bisognerà sfruttare le opportunità messe in essere dal PNRR, sia per la realizzazione delle strutture di prossimità che per le cure domiciliari. Bisognerà, per esempio, capire le reali potenzialità e utilizzo delle nuove tecnologie al servizio del personale sanitario per la cura e assistenza dei pazienti. In questa ottica il lavoro "in rete" e l'approccio multidisciplinare costituiscono i pilastri per pensare ad un nuovo corso più utile ed efficace in ambito di cura che riguarda circa il 10% della popolazione italiana.

MALATTIE RESPIRATORIE

L'importanza dell'aderenza alla terapia in Asma e BPCO

Coordinatrice: Marilena De Guglielmo, Specialista ambulatoriale in Malattie dell'Apparato Respiratorio

Relatori: Francesco Carbone, Marilena De Guglielmo, Luca Ferrara, Gabriella Pezzuto

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e l'asma bronchiale costituiscono una parte importante delle malattie croniche, rilevanti dal punto di vista epidemiologico, della gravità e del peso assistenza

La definizione di **BPCO** si è evoluta nel corso degli ultimi due decenni. La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), report 2023, ha rimodulato la definizione di BPCO come "una malattia polmonare eterogena caratterizzata da sintomi respiratori cronici dovuta ad anomalie delle vie aeree e/o alveoli che causano persistenti, spesso progressive, ostruzioni del flusso aereo". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) stima che la BPCO sarà la terza causa di morte più comune al mondo e di disabilità entro il 2030. La prevalenza della BPCO varia considerevolmente tra i Paesi che ne forniscono i dati, in relazione a numerose variabilità (genetiche, ambientali, sociali e alle modalità di diagnosi). Negli USA è di circa il 13.5%, in Europa tra il 2% (Paesi Bassi) e il 10% (Austria). In Italia, secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), la BPCO è responsabile del 55% delle morti per malattie respiratorie e colpisce il 5,6% degli adulti (circa 3,5 milioni di persone), dato sottostimato se si considerassero anche i pazienti con ostruzione lieve. Globalmente, si prevede che il costo della BPCO aumenti nei prossimi anni a causa della continua esposizione ai fattori di rischio e dell'invecchiamento della popolazione anche in considerazione dell'elevata percentuale di pazienti con BPCO, spesso anziani, ricoverati inappropriatamente in ospedale a causa di una gestione territoriale non ottimale. Il fattore di rischio più comune per la BPCO è il fumo di tabacco, ma anche i non fumatori possono svilupparla. La BPCO è il risultato di una complessa interazione di esposizione cumulativa a lungo termine a gas nocivi e particelle, inquinanti atmosferici interni ed esterni, combinata con una varietà di fattori dell'ospite (profilo genetico, età, sesso, iperreattività delle vie aeree, crescita e sviluppo del polmone) e un basso status socio-economico.

La morbilità per BPCO, in termini di anni vissuti con disabilità è in aumento. Ciò significa che ad un aumento della sopravvivenza si associa una peggiore qualità di vita per i pazienti affetti da BPCO e questo riflette una cura meno efficiente per questa patologia.

La BPCO rappresenta uno dei principali "driver" di altre malattie, favorendone o inducendone non solo la comparsa, ma anche una più precoce manifestazione, con importanti effetti negativi in termini di sopravvivenza. Come per ogni patologia cronica rilevante, la diagnosi precoce (nel senso di individuarla negli stadi più lievi) è fondamentale perché in genere ne consente un miglior controllo nel tempo. Questa condizione naturalmente progressiva può risentire molto favorevolmente della terapia farmacologica broncodilatatrice ed antinfiammatoria, oggi a disposizione, in termini di riduzione o arresto del declino funzionale respiratorio, considerando anche che la maggior perdita assoluta di funzione polmonare avviene nei primi stadi della BPCO, tanto è vero che l'aggravarsi della malattia verso la comparsa di un enfisema centro-lobulare progressivamente più esteso e grave risente meno della terapia farmacologica e di conseguenza riduce la possibilità di stabilizzarne la perdita funzionale.

L'**asma bronchiale** è una malattia eterogenea, di solito caratterizzata da infiammazione cronica delle vie aeree, definita da una storia di sintomi respiratori che possono variare nel tempo e in intensità, associata ad ostruzione bronchiale variabile nel tempo ed in genere ampiamente reversibile. Numerosi fenotipi possono essere inclusi nella definizione di asma, che possono differire per meccanismi patogenetici, tipo e grado di infiammazione bronchiale, modalità di presentazione clinica, evoluzione nel tempo e risposta alla terapia. Circa 358 milioni di persone di tutte le fasce di età, al mondo, convivono con l'asma. Si stima, in tutto il mondo, sia responsabile di circa 495.000 decessi/anno, anche tra i giovani. In Italia, secondo l'ISTAT, l'incidenza dell'asma è pari al 4,5% della popolazione, ossia circa 2,6 milioni di persone e una buona parte dei casi di asma è causata dalla presenza di una o più allergie.

In Italia la prevalenza di asma non è omogenea. Lo studio GEIRD (Genes-Environment Interactions in Respiratory Diseases), eseguito in 7 città italiane ha confermato la variabilità climatica come uno dei fattori correlati all'eterogeneità geografica dell'asma in Italia. Le aree a clima mediterraneo (clima caldo, siccità) sono infatti caratterizzate da prevalenze di asma superiori rispetto alle aree a clima subcontinentale (clima freddo e piovoso). I fattori che possono innescare o peggiorare i sintomi dell'asma includono le infezioni virali, gli allergeni domestici od occupazionali, il fumo di tabacco, l'esercizio fisico, lo stress, farmaci (Betabloccanti, FANS). Le fasi acute dell'asma, o riacutizzazioni, possono essere letali, anche in soggetti con asma apparentemente lieve: quando l'asma non è controllata o in alcuni pazienti ad alto rischio, questi episodi sono più frequenti e più gravi. Ciò nonostante le riacutizzazioni possono verificarsi anche nelle persone che assumono un trattamento per l'asma. Il controllo dell'asma comprende due ambiti: il controllo dei sintomi che se scarso oltre l'impatto sul paziente diviene un fattore di rischio per la comparsa di riacutizzazioni e il controllo dei fattori di rischio che aumentano il rischio di riacutizzazioni acute, contribuiscono alla perdita della funzione polmonare o aumentano gli effetti collaterali dovuti al sovradosaggio di farmaci.

In Italia, negli ultimi anni sono stati sviluppati registri e iniziative per il monitoraggio dell'asma severo/non controllato in pazienti adulti, quali il Registro Italiano dell'Asma severo/non controllato (RitA), la Rete Italiana dell'Asma Severo (SANI), il Registro Italiano sull'Asma Severo (IRSA). In un recente editoriale sono stati paragonati i dati di queste tre iniziative italiane: emerge chiaramente che le caratteristiche descrittive dei pazienti sono ampiamente comparabili.

Anche se l'asma può solitamente essere distinto dalla BPCO, in alcuni individui che sviluppano sintomi respiratori cronici e limitazione fissa del flusso aereo, può essere difficile differenziare le due malattie. In alcuni pazienti con asma cronico, una chiara distinzione dalla BPCO non è possibile utilizzando le attuali tecniche di imaging e test fisiologici, e si presume che l'asma e la BPCO coesistano in questi pazienti. La presenza della sindrome da sovrapposizione BPCO-asma è associata a compromissione della qualità della vita e riacutizzazioni più frequenti e gravi rispetto ai pazienti solo con BPCO.

La **diagnosi** di patologia respiratoria ostruttiva tiene conto dei sintomi, dei fattori di rischio e va confermata dalla spirometria che rimane l'esame di primo approccio.

Va sottolineato l'importanza dell'esecuzione della spirometria, soprattutto per la BPCO, patologia sotto diagnosticata, sottostimata e che, se precocemente individuata, riesce ad intercettare i rapidi declinatori. In base ai dati ISTAT, in Italia la BPCO colpisce circa 3,5 milioni di adulti, di cui una quota significativa riceve una diagnosi solo nelle fasi avanzate della malattia, con minor beneficio della terapia farmacologica e di conseguenza maggior declino della funzionalità ventilatoria.

Uno studio recente eseguito presso ASL di Lecce ha analizzato tutti i flussi amministrativi esistenti per leggere l'incidenza sul territorio delle tre principali malattie croniche dell'apparato respiratorio (BPCO, asma ed insufficienza respiratoria) e tramite essi ha valutato il consumo di risorse sanitarie in particolare quelle relative alla spesa per farmaci somministrati per via inalatoria. I dati risultati più sconcertanti sono che solo l'8.4% dei pazienti che assumevano terapia inalatoria ha effettuato almeno una spirometria e che nei due anni considerati il 90% dei pz ha cambiato terapia, modificando il device molto spesso cambiando la classe di farmaco inalatorio. La possibilità di eseguire la spirometria, rimane tutt'oggi un punto dolente, problema amplificatosi con la pandemia COVID che ha determinato una brusca riduzione delle spirometrie su tutto il territorio italiano.

Dall'esigenza di migliorare la gestione della BPCO in termini di appropriatezza di diagnosi e di terapia farmacologica, è nata la Nota 99, da parte dell'Agenzia Italia del Farmaco (AIFA), pubblicata il 30/8/2021 e successivamente più volte aggiornata per inserire nuove associazioni farmacologiche. La Nota dovrebbe portare ad un progressivo incremento del numero di spirometrie nei soggetti con sospetta patologia respiratoria ostruttiva e quindi ad un migliore inquadramento diagnostico della BPCO e dell'asma, non sempre facile. Inoltre, riguarda, nello specifico, la prescrizione dei farmaci per la terapia inalatoria di mantenimento dei pazienti affetti da BPCO, essenzialmente, la rimozione del piano terapeutico per la classe dei LABA/LAMA e la modifica del piano terapeutico sulla triplice terapia ICS/ LABA/LAMA (corticosteroidi

antinfiammatori per via inalatoria/ β 2-agonisti a lunga durata d'azione/anticolinergici a lunga durata d'azione) nello stesso device.

La **Nota 99** riporta le raccomandazioni GOLD per quanto riguarda la diagnosi, la stadiazione di severità spirometrica, l'inquadramento in base ai questionari CAT, mMRC, al numero di riacutizzazioni, all'ospedalizzazione e la strategia terapeutica sia iniziale che di follow up, sia di possibile incremento che di de-escalation. Distingue i farmaci per la terapia inalatoria di mantenimento dei pazienti affetti da BPCO in due categorie: farmaci senza obbligo di prescrizione specialistica (LABA, LAMA, LABA/LAMA, LABA/ICS) e farmaci prescrivibili su proposta dello specialista (LAMA/LABA/ICS), un'opportunità nella collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) nei presidi territoriali diagnostici come previsto nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nel sospetto di BPCO, per le nuove diagnosi, la spirometria semplice può essere eseguita e interpretata dal MMG, se opportunamente formato, e utilizzata dal MMG ai fini terapeutici. Se non è possibile l'esecuzione della spirometria nel setting della Medicina Generale il MMG invierà il paziente sospetto per BPCO allo specialista operante presso strutture identificate dalle Regioni, entro 6 mesi (Se la spirometria mostra un FEV1 post broncodilatatore >50%, il MMG potrà prescrivere tutte le tipologie di farmaci previste dalla Nota; se invece il FEV1 è <50% o, a prescindere dal valore FEV1, il paziente presenta sintomatologia/riacutizzazioni importanti, il MMG invierà il paziente a consulenza specialistica per eseguire esami di secondo livello). Sebbene questo approccio sia ineccepibile dal punto di vista scientifico, presenta delle difficoltà sotto il profilo logistico, visto che strumenti per spirometrie di secondo livello ve ne sono pochi e sono presenti il più delle volte nelle grandi città. Questo problema risulta amplificato dalla numerosità dei pazienti affetti da asma o BPCO, circa 3,5 milioni, patologie che tra i maschi over 80 colpiscono il 18% della popolazione. Un approccio condiviso tra MMG, che esegue dapprima una spirometria semplice, e poi, se necessario, l'approfondimento con lo specialista, potrà produrre efficaci miglioramenti.

Se da un lato la NOTA AIFA riconosce il corretto inquadramento diagnostico e funzionale della BPCO attraverso la spirometria, dall'altro determina una serie di criticità.

La spirometria, in tempi di pandemia è stato ritenuto un esame ad alto rischio per diffusione del virus ed è stato limitato solo alle condizioni indifferibili. Questo ha comportato un allungamento delle liste d'attesa, che oggi rischia, coi tempi di esecuzione imposti dalla Nota 99 un ulteriore prolungamento. È quindi auspicabile che l'esecuzione della spirometria semplice, diventi sempre più un esame da praticare nel setting della Medicina Generale, ma questo prevederà, necessariamente, un investimento in termini di formazione dei MMG ed infermieri, la disponibilità degli spirometri per i MMG (prevista peraltro dal decreto attuativo del Ministro della Salute del gennaio 2020). Inoltre la Nota 99 dovrebbe essere un ulteriore riconoscimento del ruolo del MMG nella gestione delle patologie croniche, ma poi mantiene il piano terapeutico per gli ICS/LABA/LAMA, come esclusiva pertinenza degli specialisti.

In conclusione, la NOTA AIFA 99 presenta luci e ombre ma sicuramente rappresenta un'opportunità per migliorare l'appropriatezza terapeutica nel trattamento di pazienti affetti da BPCO.

La **terapia inalatoria** è "la pietra angolare" del trattamento farmacologico dell'Asma e della BPCO.

A differenza della terapia sistemica la terapia inalatoria consente di massimizzare la deposizione del farmaco nelle vie aeree sia di grosso che di piccolo calibro e minimizzare gli effetti collaterali.

L'uso di farmaci inalatori di mantenimento nell'Asma migliora la qualità della vita dei pazienti, la funzione polmonare e riduce i sintomi e le riacutizzazioni; nella BPCO riduce i sintomi, la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, migliora la tolleranza allo sforzo e lo stato di salute. Ad oggi, non vi è alcuna evidenza conclusiva dagli studi clinici che i farmaci disponibili per la BPCO possano modificare il declino a lungo termine della funzione polmonare.

La ricerca scientifica e le innovazioni tecnologiche hanno ampliato l'elenco degli inalatori attualmente disponibili, con una gamma limitata di farmaci somministrabili con ciascun dispositivo, ciò comporta, paradossalmente, il rischio di complicare le decisioni dei medici in merito alla selezione degli stessi.

Attualmente sono in commercio numerosi dispositivi inalatori, associati ai vari principi attivi, che differiscono per caratteristiche tecniche e modalità di utilizzo. I dispositivi inalatori maggiormente utilizzati

sono inalatori portatili contenenti farmaco pressurizzato e predosato (pressurised metered-dose inhalers, MDI) o farmaco sotto forma di polvere secca inalabile (dry powder inhalers, DPI) o farmaco sotto forma di fine nebulizzazione (soft mist inhalers, SMI).

Al fine di ottimizzare la terapia inalatoria la scelta dell'inalatore risulta importante quanto la scelta dei principi attivi, ma al momento attuale vi sono scarse indicazioni in merito ai criteri di scelta degli inalatori. Le linee guida GOLD e GINA contengono solo scarse indicazioni specifiche in merito alla selezione dei dispositivi inalatori a parte le raccomandazioni riguardanti l'addestramento dei pazienti alla corretta tecnica di inalazione: quando si prescrive un trattamento per via inalatoria, è essenziale porre attenzione nell'educazione e nell'addestramento del paziente alla corretta tecnica inalatoria; la scelta del dispositivo inalatorio deve essere personalizzata e dipende dalla sua disponibilità, dal suo costo, dal medico prescrittore e soprattutto, dall'abilità e dalla preferenza del paziente; è essenziale fornire istruzioni, mostrare la corretta tecnica inalatoria e assicurarsi che sia adeguata, ri-controllare ad ogni visita che il paziente continui a utilizzare correttamente il proprio inalatore. La tecnica inalatoria e l'aderenza alla terapia dovrebbero essere verificate prima di concludere che la terapia in atto è inadeguata.

Per il successo del trattamento è necessario assicurare l'aderenza a lungo termine alla terapia farmacologica inalatoria. Il rapporto dell'Osservatorio sull'impiego dei Medicinali (OsMed) sulla prescrizione dei farmaci in Italia, ha rilevato che l'aderenza al trattamento per asma e BPCO è del 13-18%; escludendo i pz che utilizzano solo occasionalmente un broncodilatatore, l'aderenza alla terapia raggiunge il 10.7% per l'asma e il 26.1 % per la BPCO.

I dati del Rapporto OSMED 2020 indicano che, una volta iniziata la terapia di mantenimento, una parte dei pazienti va incontro a una interruzione precoce del trattamento.

L'età è un fattore importante che condiziona l'aderenza alla terapia non solo nelle persone anziane (che potrebbero avere comorbidità, problemi cognitivi e problemi psico-sociali che influenzino la corretta assunzione dei farmaci e l'utilizzo dei devices) ma anche in altre fasce più giovani: ad esempio la crescente prevalenza di asma nei giovani è anche correlata all' aumento dei tassi di bassa aderenza negli stessi rispetto agli adulti. Si tratta di un dato eclatante che trova riscontro in numerosi studi condotti in tutti i paesi del mondo.

Secondo WHO, cause socio-economiche (scarso livello di istruzione, costi delle cure), cause riferibili al paziente (abilità cognitiva, comorbidità, tremori, condizione psicologica, età), cause associate alla malattia (peggioramento della patologia), cause associate alla terapia (tipo di device, regime di terapia, effetti collaterali, percezione efficacia), e cause attribuibili al sistema sanitario o al team medico (insufficiente presa in carico del paziente, scarsa informazione sull'importanza della terapia e sulle norme di comportamento da adottare, comprese le istruzioni per l'uso corretto dell'inalatore) sono responsabili della scarsa aderenza alla terapia e in particolare, nella BPCO ed asma, l'utilizzare l'erogatore in modo non corretto o non completamente efficiente compromette l'efficacia della terapia farmacologica.

Sulla riduzione dell'aderenza, anche l'impatto del cambiamento di device, specie se l'inalatore non incontra le preferenze del paziente, è concreto. Ogni device ha differenti istruzioni di utilizzo e manutenzione e l'uso corretto di una specifica combinazione farmaco/dispositivo richiede che i pazienti (o chi li assiste) siano in grado di comprendere, conservare, e utilizzare in maniera corretta il dispositivo loro assegnato, in modo da consentire una deposizione polmonare costante ed ottimale dei principi attivi. Tutto questo va verificato prima di decidere lo switch al fine di evitare il possibile peggioramento del quadro clinico correlato all'incapacità di utilizzo del nuovo inalatore e i costi diretti ed indiretti correlati ad esso.

Da una indagine del Gruppo Educazionale dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) risulta una quota di errori critici dell'inalatore dal 12% al 44% a seconda dell'erogatore utilizzato. L'uso scorretto dell'inalatore è stato associato ad un aumentato rischio di ospedalizzazione, a un maggior numero di visite al PS e un maggior consumo di steroide per os e antibiotici, e infine un peggiore controllo della malattia.

Una componente importante dell'aspetto legato agli errori nell'uso dei device inalatori è l'assenza nella formazione del paziente su questo tema: ben 25% dei pazienti non ha mai ricevuto istruzioni sulla tecnica

inalatoria verbale e, per coloro che lo fanno, la qualità e la durata dell'istruzione non sono adeguate e rafforzate dai controlli di follow-up.

Quindi l'istruzione e il monitoraggio da parte degli operatori sanitari è l'unico fattore modificabile utile per ridurre la cattiva gestione dell'inalatore.

È strategico il rapporto tra medico e paziente nel quale si esplora insieme ogni possibile modalità di intervento preventivo, si negozia il regime terapeutico, si discute dell'adesione (o meglio delle conseguenze della mancanza adesione) ai trattamenti e si programmano le visite di controllo. Quando le terapie sono troppo complesse, i pazienti dimenticano con maggiore probabilità ciò che viene loro spiegato ed è possibile che non seguano le istruzioni ricevute o commettano errori. Per questo il medico deve assumere comportamenti prescrittivi che facilitino la strategia terapeutica: la semplificazione del regime terapeutico rappresenta l'intervento più immediato per incrementare l'adesione terapeutica, in particolare se la complessità della terapia mal si concilia con le abitudini di vita del paziente.

Fondamentale anche il farmacista che non deve essere solo relegato alla logistica e alla dispensazione del farmaco, ma deve essere di supporto dell'adesione terapeutica e del corretto impiego dei farmaci, deve essere costantemente aggiornato, in modo da essere pronto a discutere con il paziente le opportune modalità per gestire il device inalatorio, eventuali effetti collaterali e a fornire consigli specifici sui vari aspetti della cura. L'informazione/comunicazione sinergica fra le due figure di riferimento comporta un rinforzo verso l'aderenza al trattamento.

Da non trascurare infine il ruolo dell'infermiere di famiglia e/o di comunità, anello di giunzione fra le varie figure socio-sanitarie e per le sue attività di "case management", in particolare tra medico e paziente nella presa in carico del paziente con programmazione di controlli periodici, nell'educazione alla prevenzione (abolizione del fumo, ridurre i fattori di rischio), e se necessario invio a Centri Antifumo locali, nell'incoraggiamento verso stili di vita che contrastino la sedentarietà, il sovrappeso e l'isolamento sociale, nell'addestramento e verifica della terapia, nella prenotazione di visite specialistiche, nell'esecuzione della spirometria. Il DM 77 prevede un nuovo modello di organizzazione delle cure territoriali basato sulla casa di comunità hub in una logica di team multispecialistico e multidisciplinare integrato con MMG/PLS, infermieri di famiglia, etc. luogo dove si potrebbe creare quell'atmosfera di alleanza fra pazienti affetti da patologia cronica e operatori sanitari.

Come già riportato la BPCO rappresenta uno dei principali "driver" di altre malattie, favorendone o inducendone non solo la comparsa, ma anche una più precoce manifestazione, con importanti effetti negativi in termini di sopravvivenza.

Le comorbidità sembrano essere presenti nella maggior parte dei pazienti con BPCO. Gli studi dimostrano che fino al 94% dei pazienti con BPCO ha almeno una malattia in comorbidità e fino al 46% ne ha tre o più. Nella BPCO da lieve a moderata, il cancro del polmone e le comorbidità cardiovascolari sono le principali cause di morte e rappresentano fino a due terzi di tutti i decessi in questi pazienti, mentre l'insufficienza respiratoria diventa predominante solo nella BPCO avanzata. L'osteoporosi e la sindrome ansioso-depressiva sono comorbidità frequenti e importanti nella BPCO, spesso sotto-diagnosticate, e sono associate con uno scarso stato di salute e una peggior prognosi. Il reflusso gastro-esofageo è associato con un maggior rischio di riacutizzazioni e con un peggior stato di salute. I costi diretti annuali totali della spesa per la BPCO sono direttamente associati al numero di comorbidità non alla gravità dell'ostruzione delle vie aeree o agli indici di qualità della vita. I pazienti con BPCO con comorbidità hanno un rischio maggiore e costi medi significativamente più elevati per i ricoveri ospedalieri che risultano essere il contributo maggiore ai costi totali della BPCO rappresentando fino all'87% dei costi totali correlati alla BPCO. Le riacutizzazioni sono la principale ma non l'unica causa di ricovero ospedaliero e rappresentano tra il 40% e il 75% del costo totale dell'assistenza sanitaria per la BPCO.

I costi elevati nei pazienti con BPCO con comorbidità non sono solo associati ai ricoveri: i pazienti con BPCO utilizzano circa il 50% in più di farmaci cardiovascolari rispetto ai controlli di pari età e sesso e quasi il doppio di antibiotici, analgesici e farmaci psicoterapeutici.

Il costo mediano dei pazienti con BPCO con comorbidità multiple è risultato essere 4,7 volte superiore

rispetto ai pazienti con BPCO senza comorbidità. I pazienti con BPCO consumano 3,4 volte più risorse sanitarie rispetto ai controlli con i non affetti da BPCO. La gestione e il trattamento della BPCO si basano solitamente sulle linee guida GOLD. Un trattamento appropriato (farmacologico e non farmacologico) può ridurre i sintomi della BPCO, ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni e migliorare lo stato di salute e la tolleranza all'esercizio. Gli effetti dannosi e benefici dei trattamenti farmacologici e non farmacologici sottolineano l'importanza fondamentale di un approccio multidisciplinare al fine di migliorare i risultati. Il controllo della BPCO necessita di un approccio olistico sistemico che non trascuri la componente non respiratoria del trattamento.

Importante associare alla terapia farmacologica la **riabilitazione respiratoria (RR)** definita come “un insieme di interventi che si basano sulla valutazione del paziente con impostazione di terapie personalizzate sul singolo paziente, che includono (ma non solo) allenamento fisico, educazione, interventi di autogestione per ottenere modifiche utili nel comportamento, ideati per migliorare la condizione fisica e psicologica e per promuovere l'aderenza a lungo termine a programmi per il benessere del paziente” I benefici della riabilitazione respiratoria nei pazienti con BPCO sono notevoli e la riabilitazione ha dimostrato di essere la strategia terapeutica più efficace per migliorare la dispnea, lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo nei pazienti stabili (Evidenza A); riduce i ricoveri ospedalieri tra i pazienti con precedente recente riacutizzazione (≤ 4 settimane prima del ricovero) (Evidenza B); riduce i sintomi di ansia e depressione (Evidenza A).

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si possono avvalere fortemente anche del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la tele-riabilitazione domiciliare, il telemonitoraggio. La telemedicina definita come l'uso della tecnologia elettronica e della comunicazione da parte del personale medico per fornire e supportare l'assistenza sanitaria ai pazienti quando sono lontani dalle istituzioni sanitarie. Comprende un'ampia gamma di tecnologie come videoconferenza, dispositivi indossabili, piattaforme Internet, applicazioni mobili, dispositivi store-and-forward, streaming multimediale e comunicazioni terrestri e wireless. Permette di fornire servizi di diagnosi ed assistenza medica in maniera integrata garantendo il collegamento tra centri di differente specialità. L'implementazione dell'utilizzo di strumenti di telemedicina favorisce un migliore livello di interazione fra territorio e strutture di riferimento, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani, aumenta il grado di sicurezza domiciliare del paziente, evita le riospedalizzazioni, riduce le visite ambulatoriali, misura e sostiene l'aderenza al trattamento terapeutico, garantisce l'assistenza in zone remote o isolate. Quindi la telemedicina è un concetto ampio che comprende diagnosi, trattamento, monitoraggio, educazione, promozione della salute e prevenzione delle malattie.

Teleriabilitazione domiciliare permette l'esecuzione di esercizi in un ambiente clinico o domiciliare utilizzando la videoconferenza previo monitoraggio con pulsossimetro, laptop/tablet o smartphone, contapassi o monitor di attività fisica indossabile. La teleriabilitazione sembra avere benefici simili alla riabilitazione polmonare ambulatoriale migliorando la qualità della vita correlata alla salute, i sintomi respiratori e la tolleranza all'esercizio. Allo stesso modo, la riabilitazione attraverso la telemedicina, in particolare tramite piattaforme video, sembra sicura e ben accettata dai pazienti con BPCO. Le riacutizzazioni della BPCO, le visite in pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri si riducono dopo un programma di teleriabilitazione.

Il telemonitoraggio nella BPCO non è ancora generalmente accettato a causa della mancanza di prove convincenti dei suoi effetti benefici a lungo termine. Gli studi riportano miglioramenti in alcuni esiti valutati: qualità della vita, riammissioni ospedaliere a tre mesi dalla dimissione e diminuzione del tasso di riacutizzazioni, ma con prove limitate o incoerenti. Il telemonitoraggio non ha ridotto in modo consistente le visite al pronto soccorso, i ricoveri e il tempo di riammissione in studi recenti. In futuro, i piani interventistici saranno importanti per aumentare la capacità del telemonitoraggio di diagnosticare precocemente una riacutizzazione della BPCO così che i medici potranno adattare i farmaci alle esigenze specifiche dei pazienti e ridurre la gravità delle riacutizzazioni della BPCO. Riconoscere le riacutizzazioni della BPCO in una fase precoce e predisporre contromisure tempestive potrebbe essere un modo efficace per ridurre i tassi di ospedalizzazione dovuti alla BPCO.

In conclusione si rende indispensabile la spirometria come strumento di un corretto inquadramento diagnostico e gestionale del paziente affetto da BPCO. Occorre rendere omogenea la rete diagnostica funzionale respiratoria con incremento degli spirometri sul territorio, formazione del personale medico e sanitario, centralizzazione del MMG nell'esecuzione dell'esame così da favorire l'individuazione precoce dei pazienti in stadio iniziale della malattia per permettere un intervento farmacologico tempestivo che possa interrompere il pericoloso circolo vizioso di progressione del danno polmonare che troppo spesso è eccessivamente avanzato per poter permettere una stabilizzazione della malattia. L'introduzione precoce del trattamento (educazionale e farmacologico) prevalente da parte del MMG e l'aderenza insieme alla sua corretta assunzione (appropriato uso dei devices) da parte del paziente, sono fattori cruciali per ottenere i maggiori benefici su sintomi, capacità esercizio, funzionalità respiratoria, qualità di vita, ma anche riacutizzazioni, declino funzionale ed infine sopravvivenza. Nei pazienti affetti da Asma e BPCO con riacutizzazioni ricorrenti e con comorbidità, gli effetti dannosi e benefici dei trattamenti farmacologici e non farmacologici sottolineano l'importanza fondamentale di un approccio sinergico multidisciplinare e multiprofessionale che non trascuri la componente non respiratoria del trattamento al fine di migliorare i risultati. Il monitoraggio in telemedicina potrebbe dare ulteriore sviluppo a nuovi sistemi di management ed organizzazione sanitaria in tema di patologie croniche in genere e respiratorie in particolare.

DOLORE

Dolore lombare acuto e cronico: specialisti a confronto dalla diagnosi alla cura

Coordinatori: *Valentina Fabbrini, Specialista in Anestesia e Rianimazione*

Ilaria Staltari, Medico Chirurgo Specialista in Radiodiagnostica e Radiologia Interventistica

Fabrizio Vecchiotti, Medico Chirurgo Specialista in Radiodiagnostica e Radiologia Interventistica

Relatori: *Valentina Fabbrini, Stefano Meloncelli, Emiliano Passacantilli, Ilaria Staltari, Fabrizio Vecchiotti*

Il dolore lombare è un disturbo osteoarticolare che interessa circa l'84% della popolazione tra i 30 e i 50 anni e rappresenta la più frequente causa di ricorso al medico di medicina generale; è la prima causa di disabilità sotto i 45 anni e la seconda causa di invalidità permanente dopo l'ictus. Nonostante sia un sintomo molto frequente, solamente il 15% di coloro che ne sono affetti, presenta un dolore grave associato a limitazioni funzionali e disabilitanti, di conseguenza, nella maggior parte delle volte, il dolore risponde a terapia conservativa e ad un self management.

Il dolore lombare ha un'eziologia multifattoriale che comprende patologie degenerative, infettive, neoplastiche e traumatiche; i meccanismi patogenetici da cui origina il dolore possono essere vari: patogenesi biomeccanica e relative deformità, patogenesi immunologica, biochimica e di natura socioeconomica (depressione, insoddisfazione lavorativa, alcolismo etc). Una distinzione importante ai fini di un corretto percorso diagnostico terapeutico è fra il dolore specifico, che è caratterizzato da una causa clinica ben precisa, e il dolore non specifico, senza una chiara causa: ad oggi circa il 90% dei pazienti con dolore vertebrale, presenta un dolore di tipo non specifico.

Fra le cause di dolore lombare specifico, circa il 97% dei casi riguarda patologie degenerative e biomeccaniche (ernie discali, stenosi del canale, listesi con o senza lisi istmica, deformità scoliotiche etc), lo 0.7% riguarda patologie neoplastiche (tumori vertebrali primitivi o secondari, tumori del sistema nervoso e delle meningi etc), il 2-3% riguarda altre cause come infezioni, artriti infiammatorie, cause miofasciali, cause traumatiche o post chirurgiche.

Per un corretto inquadramento di un paziente con dolore lombare, è necessario prestare la massima attenzione sia all'anamnesi che all'esame obiettivo: è necessario indagare in particolar modo sul tipo di dolore, sulla sua insorgenza e localizzazione, sull'eventuale presenza di radicolopatia e sulle limitazioni eventualmente connesse al dolore. Durante l'esame obiettivo, particolare attenzione deve essere posta nell'eseguire specifiche manovre per valutare sia la motilità e mobilità della colonna, sia lo stiramento delle radici nelle compressioni radicolari (test di Lasegue e Wassermann), valutando infine l'eventuale presenza di deficit neurologici e/o motori attraverso lo studio dei riflessi e le manovre di marcia.

La corretta diagnosi clinica del dolore lombare rappresenta il fattore determinante per intraprendere un percorso terapeutico efficace e per garantire al paziente le maggiori probabilità di successo clinico.

La diagnostica per immagini si avvale di differenti metodiche in grado di supportare il clinico nell'inquadramento diagnostico del dolore lombare cronico, la cui correttezza ha importanti conseguenze sulla tempestività ed adeguatezza delle scelte terapeutiche.

È di fondamentale importanza rispettare criteri di appropriatezza nell'indirizzare il paziente verso le corrette valutazioni radiologiche, limitando il più possibile l'utilizzo non appropriato ed inefficiente delle risorse diagnostiche. Altrettanto indispensabile è l'approccio multidisciplinare al trattamento del dolore lombare cronico, per ottimizzare l'efficacia terapeutica e la gestione del paziente.

Le metodiche di diagnostica per immagine nell'ambito del dolore lombare, dovrebbero rispettare l'analisi del procedimento clinico: il loro uso al di fuori di un'ipotesi diagnostica mirata, non solo non aggiunge ulteriori elementi rispetto all'anamnesi ed all'esame obiettivo, ma mette a rischio di trattamenti per lesioni occasionalmente evidenziate, asintomatiche ed estranee al quadro clinico presentato.

L'imaging consente in prima istanza di differenziare le cause di dolore degenerativo da quelle di tipo non degenerativo rachidee (tra le quali ad esempio: spondilodisciti, malattie reumatiche, lesioni neoplastiche etc) ed extra- rachidee (aneurisma aortico, pancreatite, nefrolitiasi etc).

Nel paziente con dolore lombare non traumatico presente da meno di 6 settimane, in assenza di gravi patologie di base concomitanti o trattamenti farmacologici cronici (ad esempio trattamenti steroidei), l'esecuzione di indagini radiologiche non è raccomandata di routine perché non ne migliora la prognosi né influenza la terapia.

L'esame rx standard della colonna lombo-sacrale, eseguita in duplice proiezione ed eventualmente completata con radiogrammi dinamici in massima flessione ed estensione, è sicuramente la metodica di prima istanza, a basso costo ed ampiamente disponibile sul territorio; tale metodica ci consente di valutare in modo idoneo la morfologia e la struttura trabecolare dell'osso, i suoi rapporti articolari, di escludere problematiche di instabilità vertebrale ed analizzare l'atteggiamento funzionale della colonna.

Nel paziente che si presenta con dolore lombare associato a sofferenza radicolare con presenza o meno di deficit neurologici, è sempre indicato eseguire un esame TC e/o RM, indipendentemente dalla risposta alla terapia ed alla durata dei sintomi. Queste due metodiche, entrambe multiplanari, consentono di studiare adeguatamente i processi degenerativi ossei della colonna, i suoi rapporti articolari e la patologia discale. La RM risulta più sensibile rispetto alla TC nel rilevare in fase precoce un processo degenerativo, nella valutazione delle alterazioni muscolo-legamentose e rappresenta l'unica metodica utile nello studio delle strutture nervose. Esiste inoltre la possibilità di eseguire entrambi gli esami TC e RM in carico assiale, ovvero in ortostatismo, tecnica che consente di simulare le condizioni cliniche del dolore e talvolta di smascherare reperti non visibili nella posizione clinostatica; quest'ultima possibilità appare notevolmente utile nei pazienti in cui si osserva un dolore lombare specifico, con esami radiologici negativi o non congrui con la sintomatologia del paziente.

Gli approcci terapeutici al dolore lombare sia acuto che cronico, spaziano dalla terapia farmacologica alle procedure di radiologia interventistica e di terapia del dolore (epiduroscopia, infiltrazioni, radiofrequenze etc), fino ad arrivare alla chirurgia vera e propria.

La Radiologia Interventistica è una branca della Radiologia tradizionale che ha avuto una grande evoluzione tecnologica negli ultimi 25/30 anni; tale metodica permette, attraverso l'utilizzo di specifici device, di intervenire con tecniche mini invasive nell'ambito di numerose patologie del corpo umano. Nello specifico, la Radiologia Interventistica osteo-vertebrale, in associazione alla terapia del dolore, permette di trattare in maniera mini invasiva molteplici patologie che interessano il rachide vertebrale e le articolazioni. Nell'ambito del dolore lombare sia acuto che cronico, che riconosce molto spesso una genesi multifattoriale, la radiologia interventistica rappresenta uno strumento pseudo chirurgico mini invasivo nel trattamento delle patologie discoprotrusive, delle sindromi faccettali, delle stenosi neuroforaminali e delle patologie fratturative vertebro somatiche.

Esistono al giorno d'oggi, numerosi device disponibili per il trattamento di queste patologie: il protocollo interventistico prevede, una volta individuato il target alla base della genesi del dolore, di effettuare un primo trattamento infiltrativo ecoguidato, TC guidato o sotto guida fluoroscopica; attraverso l'iniezione di una miscela di farmaci a base di cortisonici ed anestetici locali, si effettua un test diagnostico terapeutico della sintomatologia. Una volta ottenuta una risposta clinicamente positiva, è possibile intervenire con altre tecniche più definitive, come ad esempio le radiofrequenze. Quest'ultima opzione terapeutica è una tecnica che permette, attraverso la genesi di un campo elettromagnetico di tipo pulsato o continuo, di effettuare un trattamento di neuromodulazione delle radici nervose o dei gangli. Esiste poi un trattamento di neuroablazione delle branche sensitive: per effettuare questo tipo di trattamenti ci si avvale della fluoroscopica, metodica radiologica che permette di visualizzare in tempo reale le regioni anatomiche di interesse, come le faccette articolari interapofisarie posteriori o le regioni anatomiche di passaggio rispettivamente delle radici o dei gangli nervosi sui quali intervenire. Il corretto posizionamento dei device, viene valutato sia anatomicamente utilizzando la fluoroscopia, sia attraverso delle stimolazioni di tipo sensitivo e motorio delle radici nervose, permettendo di intervenire sul target corretto.

L'utilizzo di tecniche di radiofrequenza pulsata in associazione o meno a tecniche di coablazione, permette anche di intervenire sulle patologie disco protrusive o erniarie del rachide, ed anche in questo caso è preferibile utilizzare un approccio sotto guida fluoroscopica; in caso di patologia disco protrusiva è

possibile utilizzare dei device che permettono di effettuare un trattamento di vera e propria nucleotomia ed erniectomia meccanica, andando ad asportare direttamente il frammento discale erniario.

Un ulteriore campo nel quale la radiologia interventistica osteovertebrale ha un ruolo di rilievo, è quello legato alla patologia fratturativa, sia che riconosca una genesi patologica o traumatica; è infatti possibile, attraverso l'utilizzo di device specifici, approcciare per via transpeduncolare il soma vertebrale ed iniettare sostanza sintetica ad alta densità, che permette una stabilizzazione morfologica della vertebra fratturata, ed in casi selezionati è possibile inserire device specifici che determinano una vera e propria ricostruzione plastica morfologica del soma vertebrale; nei casi in cui si riconosce una genesi patologica della frattura, è possibile inoltre associare alla tecnica sopra descritta un'ablazione del tessuto sostitutivo con tecniche di crioablazione o termoablazione.

La chirurgia della colonna vertebrale rappresenta un'altra delle opzioni terapeutiche per le patologie degenerative, artrosiche discali ed ovviamente neoplastiche. Esistono diversi tipi di trattamento per il dolore lombare acuto e cronico: trattamenti percutanei realizzati in regime ambulatoriale o in day surgery, e trattamenti chirurgici veri e propri per i quali è necessario un ricovero ospedaliero. Il fattore determinante per la riuscita di un intervento chirurgico, sia esso percutaneo mininvasivo o a cielo aperto, è il corretto inquadramento diagnostico del dolore lombare e della lombosciatalgia. Un'anamnesi corretta, un esame obiettivo ed uno studio radiologico appropriato consentono al chirurgo, al radiologo interventista o al terapeuta del dolore, di scegliere il trattamento più idoneo per il paziente.

Bisogna considerare che non esiste un unico tipo di intervento valido ed efficace per tutti i pazienti, esso va modellato sulla base di molti fattori individuali (condizioni generali, comorbidità etc). La chiave per una chirurgia sicura ed efficace è prima di tutto un corretto giudizio clinico e la conseguente corretta indicazione. Una chirurgia sicura ed efficace rispetta dei principi chiari e fondamentali: il principio di rispetto e autonomia (il paziente ha il diritto di essere informato su tutte le decisioni che riguardano la sua salute), il principio di non malificence (non causare danni al paziente), il principio di beneficence (migliorare la condizione clinica del paziente), e il principio di giustizia (equa distribuzione delle risorse sanitarie).

Appare evidente dunque, che il corretto inquadramento del paziente con dolore acuto e cronico lombare, rappresenta il fattore determinante per intraprendere un percorso terapeutico efficace e per garantire al paziente le maggiori probabilità di successo clinico.

ONCOLOGIA

La gestione della donna con carcinoma mammario in fase precoce: migliorare il PDTA trasferendo il follow up sul territorio

Coordinatore: Stefano Giordani, Oncologo Territoriale, Direttore Scientifico Ass. Onconauti, Segretario SUMAI Bologna e ROPI Italia

Relatori: Stefania Carnevale, Stefano Giordani, Stefania Gori, Silvia Migliaccio, Fabrizio Nicolis, Armando Orlandi

Il trasferimento del follow up oncologico delle donne operate al seno sul territorio: la gestione interdisciplinare di una nuova cronicità, con particolare riferimento al modello di follow up territoriale attuato dalla AUSL Bologna in collaborazione con l'associazione Onconauti.

La revisione delle Linee Guida

Le Linee Guida AIOM sono basate su studi degli anni '90, e non sempre rispecchiano le conoscenze attuali. Nel 2022 vi sono state 55.000 nuove diagnosi di tumori al seno.

Il follow up rappresenta una fase determinante sia per la qualità di vita, sia per dare alla paziente le massime probabilità di guarigione finale, in quanto la diagnosi precoce dei secondi tumori e delle recidive locoregionali può condizionare una possibilità di cura, mentre la diagnosi precoce delle recidive trattabili può condizionare una più efficace cronicizzazione della malattia, e quindi la sopravvivenza.

La gestione interdisciplinare sia per la decisione della terapia (Breast Unit), sia per la gestione delle complicanze dei trattamenti e del loro impatto psico-sociale, dovrebbe rappresentare lo standard (Oncologo-Radioterapista-Chirurgo-senologo-Psicologo-Cardiologo-Endocrinologo/Reumatologo-Ginecologo-Radiologo-Fisiatra).

L'estrema eterogeneità delle pazienti (età, biologia molecolare, stadio di malattia, stili di vita, stato psico-sociale) richiederebbe una forte personalizzazione del follow up.

La necessità di gestione interdisciplinare dei complessi bisogni di salute delle donne operate al seno richiede una efficace continuità tra ospedale e territorio.

Quali specialisti devono affiancare l'oncologo? In quale ordine? Con quale frequenza?

Salute dell'Osso: l'endocrinologo o il reumatologo prescrivono gli accertamenti (densitometria) e i trattamenti ricalcificanti e gli stili di vita appropriati, quando indicati.

Salute del cuore: il cardiologo effettua periodici controlli nelle pazienti sottoposte a chemioterapia, RT e farmaci biologici (Transtuzumab) cardiotossici, FE, sintomi, stratificazione delle pazienti in base a comorbidità, età e stili di vita.

Salute Psico-sociale: lo psicologo ascolta le pazienti e le aiuta ad adattarsi alla nuova situazione di cronicità, dialogando con i famigliari, l'oncologo e il MMG.

Salute muscolo-scheletrica: il fisiatra e il reumatologo fanno una diagnosi il più precisa possibile, e prescrivono i trattamenti e gli stili di vita appropriati

Stili di vita: Il nutrizionista e l'esperto di scienze motorie interagiscono con fisioterapisti e terapeuti olistici per un **programma personalizzato** di alimentazione e attività fisica che, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, diventa un punto strategico, da gestire preferibilmente vicino al domicilio delle pazienti, in quanto migliora i risultati delle cure mediche sia oncologiche sia degli altri specialisti coinvolti.

Diagnosi precoce: Il radiologo, il senologo, l'anatomo-patologo/biologo molecolare dialogano con l'oncologo e MMG.

I PDTA oncologici devono espandere la parte del follow up territoriale, fino ad ora molto trascurati.

Le Regioni dovrebbero uniformare le modalità di assistenza delle pazienti, per dare uguali opportunità.

Il trasferimento del follow up oncologico delle donne operate al seno sul territorio: il modello della AUSL di Bologna in collaborazione con l'associazione Onconauti

Quali pazienti trasferire sul territorio? In quale fase di malattia? Con quali percorsi?

Nel Territorio della AUSL Bologna sono stimate circa 10.000 pazienti in follow up per tumore al seno; ogni anno vengono operate circa 1200 donne.

Nella AUSL Bologna dal 2001 è attiva una rete di 5 Ambulatori di Oncologia Territoriale, collocate nelle Case della Salute e gestiti da Specialisti Ambulatoriali.

Dal 2011 è attiva una Associazione di pazienti, l'Associazione Onconauti, che offre percorsi di presa in carico gratuiti di Riabilitazione Integrata ai pazienti oncologici lungosopravvissuti, basati su pratiche mente-corpo+interventi sullo stile di vita evidence-based, con sede in due Case della Salute, nell'Ospedale Bellaria (Centro Komen Donne al Centro) e in altre cinque sedi territoriali.

I pazienti vengono avviati su Agende H inviante presso gli ambulatori territoriali; nel 50% dei casi sono donne operate al seno; in quello dell'Area Ovest (tre Distretti, circa 200.000 abitanti) è attiva da alcuni anni una sperimentazione, per cui viene offerta una "Precision Survey", che comprende per le pazienti a basso rischio (il 70% del totale) un **piano di follow up** articolato su tre bracci: una **sorveglianza diagnostica personalizzata** sul rischio (secondi tumori, recidive), con un accesso annuale dall'oncologo (Prescrizione/prenotazione esami) e uno o più presso il MMG, una prescrizione delle **consulenze interdisciplinari specialistiche appropriate** (su Agende in parte CUP, in parte a prenotazione diretta), e un **percorso di Oncologia Integrata (Associazione Onconauti)** della durata di 3 mesi. Ogni anno vengono inviate (Agenda H inviante) al Centro Oncologico Territoriale Area Ovest dalla Breast Unit /UO del Dipartimento Oncologico della AUSL circa 4-500 pazienti (il 50% delle nuove diagnosi), con un concetto di prossimità, mentre un numero equivalente viene seguito dalla Rete di Ambulatori Oncologici di Follow up Ospedalieri. È stato attivato un Gruppo di lavoro Aziendale su Oncologia Territoriale, con coinvolgimento dei MMG, ed è previsto un percorso formativo.

Progetto di Teleconsulto ai MMG degli Specialisti ambulatoriali per i pazienti fragili: approvato a fine 2022, entrerà a regime nel 2023: consentirà una discussione interdisciplinare dei casi gestiti sul territorio dai MMG.

Conclusioni

Il trasferimento del follow up delle donne operate al seno si è rivelato nella esperienza della AUSL Bologna-Associazione Onconauti fattibile, allineata alle indicazioni delle linee guida e gestibile con modalità interdisciplinari. Rappresenta una modalità rispettosa della dignità e della qualità della vita delle pazienti, che potrà essere implementata solo grazie ad una integrazione tra Reti Oncologiche, Enti del Terzo Settore, con particolare coinvolgimento delle nuove forme di aggregazione Territoriale (AFT), propedeutico ad un adeguato finanziamento della presa in carico territoriale.

DIABETE

Diabete di tipo 2: percorsi di cura alla luce della nota 100 e dell'integrazione ospedale-territorio prevista dal PNRR

Coordinatore: Rocco Bulzomi, Specialista ambulatoriale in Diabetologia e referente regionale per la tecnologia

Relatori: Alessandra Barucca, Donatella Bloise, Rocco Bulzomi, Vincenzo Fiore, Francesco Principe

La sensibilizzazione ed il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e dei Pediatri sono fondamentali per un corretto inquadramento preliminare: si dovranno mettere in campo corsi full-immersion condotti dallo specialista endocrinologo/diabetologo per formare adeguatamente tutti gli attori coinvolti.

Un ruolo importante in questa prima fase sarà il coinvolgimento attivo dei Servizi di Prevenzione e Igiene per promuovere campagne di comunicazione indirizzate anche alle Scuole di ogni ordine e grado, compresa la presa in carico e la gestione dell'obesità da parte dei Servizi di nutrizione, la promozione dell'attività fisica e della alimentazione mediterranea, universalmente riconosciuta come la migliore nella prevenzione della patologia diabetica.

Altresì centrale sarà il ruolo dei Centri Diabetologici territoriali (2° livello della diabetologia) come cerniera tra le Cure Primarie e l'Ospedale (luogo delle acuzie), al fine di ridurre gli accessi inappropriati ai Pronto Soccorsi, le chiamate inappropriate alla Centrale Unica 112 ed un conseguente consumo elevato di risorse sanitarie evitabile: in questo sarà importante prevedere l'apertura dei Centri Diabetologici 6 giorni su 7, H12, con presenza a tempo pieno di specialisti ambulatoriali.

È ormai evidente la necessità di un linguaggio comune, costituito da una piattaforma della cronicità condivisa, da un coinvolgimento attivo e responsabile del cittadino-paziente attraverso la sottoscrizione di un Piano Assistenziale Individuale, l'attivazione di un vero Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale codificato, tracciabile e misurabile con gli indicatori di percorso e di esito per la valutazione periodica della efficacia e appropriatezza, l'esclusione del Centro Unico di Prenotazione e delle agende ordinarie, venendosi così ad ottenere una presa in carico della cronicità per prossimità, evitando la dispersione e il "nomadismo clinico".

La Nota AIFA 100 - Scheda di prima prescrizione, è una importante opportunità che da febbraio 2022 estende anche ai MMG la possibilità di prescrivere i cosiddetti farmaci innovativi per la cura del Diabete anche in prima battuta, aumentando l'autonomia prescrittiva delle Cure Primarie, evitando la saturazione delle agende di appuntamento specialistiche territoriali per prestazioni meramente "burocratiche", ottenendo così una alleanza clinica costruttiva tra Cure Primarie e Specialistica Territoriale e conseguente riduzione delle Liste di attesa.

È acclarato il ruolo fondamentale della tecnologia, intesa sia come applicata al paziente (sensori per il glucosio, microinfusori per la somministrazione dell'insulina), sia come telemedicina (contatti da remoto e gestione a distanza dei dispositivi "indossabili" e di sostegno quali lo sfigmomanometro e il pulsossimetro), ancor più utili nelle condizioni orograficamente disperse (comunità montane, isole medio-piccole).

Per concludere non si può sottacere l'importanza della piena e completa integrazione, e capacità di ascolto, tra gli specialisti ambulatoriali e le Direzioni Strategiche Aziendali per addivenire ad un vero miglioramento dei percorsi di cura e della loro organizzazione strutturale.

HIGHLIGHTS

Proposte atte a migliorare la prevenzione e la diagnosi della patologia

- Sensibilizzazione e coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e PLS
- Maggior coinvolgimento del Sisp e Poli di Diabetologia

Ruolo dello specialista/professionista nella gestione della tematica trattata

- Centralità del Diabetologo nella presa in carico del paziente e nella formazione degli altri attori coinvolti
- Definire un percorso che possa migliorare l'aderenza al percorso di cura e alle terapie

- Definire il PDTA e contestualizzarlo.
- Verifica periodica degli indicatori di esito

Corretti stili di vita da adottare per la prevenzione e la riduzione delle complicanze

- Attività fisica periodica e dieta mediterranea

Nuove tecnologie e strumenti digitali da utilizzare per la gestione dei pazienti sul territorio

- Piattaforme ed applicazioni per la gestione da remoto anche a disposizione del paziente

Criticità riscontrate

- Presenza del CUP e difficoltà di comunicazione tra i vari attori
- Rigidità della temporizzazione delle visite

Suggerimenti

- Maggiore integrazione specialisti/Direzioni Strategiche Aziendali

GASTROENTEROLOGIA

Appropriatezza prescrittiva, aderenza terapeutica e analisi costo-efficacia delle malattie gastroenterologiche

Coordinatrice: Maria Certo, Specialista ambulatoriale Gastroenterologia

Relatori: Francesca Foschia, Daniele Lisi, Emanuela Papa

La riduzione dei tempi di attesa può essere migliorata attraverso l'appropriatezza prescrittiva, il flusso delle informazioni cliniche fra medico di base, gastroenterologo ambulatoriale e specialista ospedaliero (endoscopista, chirurgo, radiologo) ed è essenziale per una diagnosi precoce specialmente in ambito oncologico.

Il servizio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva si occupa della diagnosi e della cura delle patologie che riguardano l'apparato digerente. L'endoscopia del tubo digerente è una tecnica piuttosto invasiva e come ogni procedura medica, i trattamenti endoscopici non sono esenti da controindicazioni assolute, complicanze ed effetti collaterali. Una procedura è da considerarsi appropriata se i benefici clinici che da essa si possono attendere superano le possibili conseguenze negative con un margine tale da rendere la procedura degna di essere eseguita.

Una nota negativa riguarda gli sprechi in questo campo: secondo la AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Ospedalieri), circa il 30% dei quasi 2 milioni di prestazioni endoscopiche eseguite ogni anno in Italia sono appropriate. Al fine di misurare l'entità del problema anche presso la nostra UO di gastroenterologia territoriale della ASL RM2, è stata valutata la correttezza della prescrizione dell'esame endoscopico programmato: risultavano inappropriate rispetto alle indicazioni il 21% delle endoscopie (il 25% delle esofagogastroduodenoscopie ed il 14,3% delle colonscopie).

Spesso l'inappropriatezza riguarda le classi di priorità, ribadiamo la necessità di seguire le classi di priorità, dettate dall'esperienza clinica (senza lasciarsi coinvolgere dall'ansia del paziente o ancor peggio dal timore di eventuali azioni legali).

Si sbarrano la lettera B (urgenza breve - entro 10 giorni) nei casi di: emorragia digestiva non grave (ematochezia, rettorragia, diarrea muco-sanguinolenta) con anemia sideropenica di primo riscontro con HB <10 g/dl, vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo ponderale importante (10% negli ultimi mesi), massa addominale, sospette neoplasie rilevate radiologicamente, necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti.

La lettera D (differibile - entro 60 giorni) è riservata ai casi di: anemia sideropenica cronica, perdite ematiche minori (sputo ematico, emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi), sindrome dispeptico-dolorosa in età > 45 aa (non già indagata con EGDS), diarrea cronica, stipsi di recente insorgenza, episodi subocclusivi, riscontro radiologico di polipi, sintomatologia tipo colon irritabile, SOF positivo in soggetto asintomatico, ricerca varici esofagee, sindrome dispeptico-dolorosa in paziente di età superiore a 45 anni, in caso di sospetta celiachia.

La lettera P (programmabile) nei controlli di varici esofagee, polipectomie, follow-up oncologico, IBD, Barrett etc.

Ematemesi, melena/rettorragia massive, corpi estranei vulneranti, ingestione di caustici sono situazioni che richiedono l'invio in PS ed il ricovero ospedaliero, per cui non rientrano nelle richieste ambulatoriali urgenti.

Potrebbe essere adottata a livello regionale una direttiva, come già messo in atto, in maniera sperimentale presso la ASL di Viterbo per rendere gli esami non prenotabili direttamente ma solo dopo valutazione dell'appropriatezza della richiesta da parte di personale dedicato. Utile inoltre personale che provveda a fornire le necessarie informazioni sulle modalità di prenotazione e preparazione all'esame.

La cronicità impegna in Italia il 70-80% della spesa sanitaria, la comorbidità aumenta i costi sanitari e di conseguenza i costi per la società. Nel 2020 il 40% delle persone hanno dichiarato una patologia cronica, il 20% almeno due patologie croniche.

È necessaria l'ottimizzazione delle scelte diagnostiche e terapeutiche, ottenere una migliore aderenza terapeutica, garantire un follow up mirato al singolo paziente. È fondamentale una cooperazione tra esperti, un team clinico multidisciplinare fra ospedale, specialisti territoriali, medico di medicina generale mediante agende condivise ed ambulatori condivisi.

Nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) una diagnosi precoce può migliorare la gestione della malattia, ridurre l'incidenza di complicanze ed il ricorso alla chirurgia. Bisogna tener conto che l'esordio può essere intestinale e/o extraintestinale.

Un'anamnesi ed un esame obiettivo dettagliati devono essere eseguiti in tutti i casi di sintomi persistenti, ricorrenti, notturni di diarrea con sangue e/o muco, diarrea cronica con dolore addominale. La diagnosi differenziale deve tener conto di viaggi recenti, gastroenteriti (colopatie infettive), uso di farmaci (antibiotici, FANS), appendicopatia, manifestazioni extraintestinali (artalgie, mialgie, oculopatie), fattori di rischio (fumo, patologie autoimmuni) stato nutrizionale (indice di massa corporea), patologia anale- perianale. Nei casi sospetti sarà indicata l'esecuzione degli indici di flogosi (emocromo, VES, PCR) della calprotectina fecale (significativa se maggiore di 150) ed infine la colonscopia con biopsie in tutti i tratti. In presenza di anticorpi anti transglutaminasi positivi si dovrà eseguire una esofagogastroduodenoscopia con biopsia in seconda porzione duodenale. Nei casi di MICI confermata sarà necessario organizzare un ambulatorio condiviso: medico di medicina generale, gastroenterologo, reumatologo, dermatologo, oculista, chirurgo sulla base delle patologie concomitanti.

Condizione molto frequente anche a causa dell'aumento dell'età media è la diverticolosi del colon. Importante la distinzione fra diverticolosi e diverticolite e la gestione della prevenzione della malattia diverticolare nei pazienti con diverticolosi del colon. Nel settembre del 2022 sono state pubblicate delle Linee Guida (Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 9 settembre 2022) che suggeriscono di comunicare ai pazienti che la condizione è asintomatica e non necessita di alcun trattamento specifico. Affermano che è bene consigliare al paziente un corretto stile di vita: una dieta bilanciata contenente alimenti integrali, frutta e verdura, non necessaria l'abolizione di semi, frutta secca, mais e la buccia della frutta, se stipsi l'aumento dell'introito di fibre graduale per minimizzare la flatulenza ed il gonfiore addominale, l'aumento di liquidi, lassativi formanti massa, la riduzione del peso in caso di sovrappeso o obesità, l'esercizio fisico e l'interruzione del fumo, misure in grado di ridurre il rischio di sviluppare la diverticolite acuta e la malattia diverticolare sintomatica.

Nel caso di diverticolite acuta, in assenza di una compromissione sistemica, si suggerisce di considerare la possibilità di non prescrivere terapia antibiotica e di usare solo farmaci analgesici (paracetamolo). In presenza di compromissione sistemica, immunodepressione o comorbidità significative, si suggerisce di prescrivere una terapia antibiotica per os. In presenza di sospetta diverticolite acuta complicata è consigliata una terapia antibiotica endovenosa, la rivalutazione entro 48 ore o dopo aver eseguito una TC addome completo con mdc. Si suggerisce di non prescrivere aminosalicilati o antibiotici non assorbibili per la prevenzione della diverticolite acuta ricorrente.

Si raccomanda di informare, in maniera verbale e scritta, le persone con diverticolosi, le loro famiglie o chi le assiste sulla necessità di rispettare dieta e corretto stile di vita, sul decorso della diverticolosi e la probabilità di una progressione verso la malattia diverticolare e sue complicanze, sui sintomi che possono indicare complicazioni o progressione verso la malattia diverticolare.

Riguardo la celiachia si ricorda che è un disordine sistemico immuno-mediato "unico" e "peculiare" dove entrano in gioco un fattore ambientale scatenante (glutine) ed un autoantigene (transglutaminasi tissutale). L'eliminazione del fattore ambientale scatenante risolve completamente la malattia. Fino ad alcuni decenni fa si considerava una malattia rara, tipica dell'infanzia (incidenza variabile 1:800/2000) ed esclusiva europea. La disponibilità di marcatori sierologici ci ha fatto scoprire una realtà completamente differente e l'incidenza ha raggiunto 1:80-100.

Il primo passo per la diagnosi di celiachia è la ricerca di anticorpi specifici (no a diete "di prova"). I pazienti devono sottoporsi a questo test mentre sono a dieta contenente glutine. Come primo test si raccomanda la ricerca di IgA anti TG2, da confermare con un secondo prelievo, di misurare sempre le IgA totali (se

deficit di IgA dosare anticorpi di classe IgG) e di non mettere mai a dieta il paziente senza aver fatto i test sierologici. È bene eseguire il dosaggio sierologico in due laboratori diversi. In età pediatrica, in caso di forte sospetto con sierologia negativa si consiglia la biopsia duodenale. La biopsia è sempre raccomandata negli adulti, in duodeno ed in bulbo anche quando la mucosa appare assolutamente normale. La ricerca dell'HLA non è più obbligatoria ma utile nei casi dubbi per una diagnosi di esclusione.

Recentemente FISMAD-SIMG hanno presentato alcune flow-chart cliniche in gastroenterologia, tabelle derivanti da una indagine multicentrica e riguardanti il comportamento consigliato nelle condizioni più frequenti e controverse in gastroenterologia: sindrome dispeptica, dolore addominale cronico, diarrea, stipsi, ipertransaminasemia etc. per una migliore condivisione integrata dei percorsi diagnostico-assistenziali.

Rilevante è la nostra collaborazione alla diffusione della campagna di screening per la prevenzione delle neoplasie coloretali che per frequenza sono al secondo posto dopo il cancro della mammella. L'impatto della pandemia è stato evidente, mentre nel 2020 i tassi di incidenza erano in diminuzione del 20% rispetto al picco del 2013, negli ultimi due anni si è avuto un incremento di 4.400 nuovi casi. Gli individui che risultano positivi allo screening sono avviati all'esame endoscopico e al follow up con cadenza variabile.

Riguardo l'appropriatezza prescrittiva terapeutica, in gastroenterologia gli inibitori di pompa protonica (IPP) hanno rivoluzionato il trattamento di molte malattie gastro-intestinali acidocorrelate (sono la classe di farmaci più efficace per inibire la secrezione gastrica, caratterizzati da una sicurezza e tollerabilità generalmente ottime). Sono una delle classi di farmaci più prescritte per il favorevole rapporto rischio beneficio. Un numero crescente di studi ha però messo in evidenza come gli IPP siano spesso prescritti in maniera inappropriata, con un'importante ricaduta economica negativa anche per il Sistema Sanitario Nazionale.

Sono la terapia di prima scelta nel trattamento della MRGE con sintomi tipici (pirosi e/o rigurgito), dove la terapia per 8 settimane determina la scomparsa della sintomatologia nell'80% dei pazienti, nella MRGE non erosiva (cosiddetta NERD) gli IPP per 8 settimane sono in genere sufficienti per determinare una scomparsa della sintomatologia. In alcuni sottogruppi di paz (con esofago ipersensibile all'acido o al reflusso non acido) i IPP sono parzialmente efficaci o inefficaci e necessitano spesso di terapie aggiuntive (formulazioni contenenti alginati, procinetici). Il beneficio degli IPP nei pazienti con sintomi atipici (tosse, raucedine, bolo faringeo, asma, ecc.) non è costante. La tosse cronica, la laringite da reflusso, l'asma e il cosiddetto globo faringeo sono particolarmente resistenti agli IPP (anche a dose doppia) ed è spesso necessaria una terapia di associazione con altri farmaci. Il dolore toracico, le aritmie, i disturbi del sonno e le manifestazioni orali legati alla MRGE rispondono adeguatamente all'inibizione della secrezione acida.

La MRGE è una malattia cronica, recidivante, e un trattamento a lungo termine (continuo, intermittente o al bisogno) si rende spesso necessario.

Nei pazienti con esofago di Barrett documentato istologicamente la terapia con IPP deve essere personalizzata in modo da ottenere una inibizione intensa e prolungata della secrezione acida e consentire un effetto di chemio-prevenzione nei riguardi del rischio neoplastico.

Gli inibitori di pompa protonica rappresentano un componente fondamentale di qualunque tipo di terapia eradicante (triplice, quadruplice, concomitante, sequenziale, etc.), utilizzata nella pratica clinica. L'eradicazione dell'infezione da *H. pylori* determina quasi sempre la guarigione dell'ulcera peptica (gastrica e duodenale), per cui non è necessaria alcuna terapia di mantenimento con IPP. Esiste tuttavia un'ulcera peptica idiopatica (*H. pylori*-negativa, in pazienti che non assumono FANS), che necessita di una terapia a lungo termine con dosi standard di IPP. Anche i sintomi dispeptici, che possono insorgere con la somministrazione di FANS, migliorano significativamente con la co-somministrazione di IPP. L'approccio descritto si applica anche ai pazienti con dispepsia funzionale, in cui l'esofagogastroduodenoscopia abbia escluso una patologia organica.

Gli IPP sono indicati per la prevenzione delle complicanze gastrointestinali (sanguinamento e/o perforazione) nei pazienti a rischio di complicanze per almeno uno fra i seguenti fattori di rischio: età maggiore di 65 anni, storia di malattia peptica, uso concomitante di steroidi/antiaggreganti/anticoagulanti. Gli IPP migliorano

anche i sintomi dispeptici associati alla somministrazione di FANS (selettivi e non). Tuttavia, gli eventi avversi determinati dai FANS (selettivi o non) a carico dell'apparato gastrointestinale inferiore non sono prevenuti (e potrebbero essere addirittura aggravati) dall'utilizzazione degli IPP. Prima di iniziare una terapia a lungo termine con i FANS è indicata la ricerca e l'eradicazione dell'infezione da *H. pylori*.

La terapia con corticosteroidi non esercita alcun effetto lesivo sulla mucosa gastro-duodenale ma aumenta la tossicità dei FANS. Per questo motivo, la gastroprotezione con gli IPP non è indicata, ad eccezione dei pazienti che assumono contemporaneamente FANS o abbiano una storia pregressa di malattia ulcerosa peptica.

Gli IPP possono interferire con il rilascio gastrointestinale o con il metabolismo epatico di diversi farmaci. Questa interazione è particolarmente rilevante per farmaci con un indice terapeutico ridotto (benzodiazepine, antagonisti della vitamina K, antiepilettici, antimicotici, etc.). L'interazione può essere più rilevante nei soggetti non caucasici.

Sono indicati per la protezione della mucosa gastro-duodenale di tutti i pazienti in tp antiaggregante a rischio di sanguinamento (ovvero pazienti che presentano uno fra i seguenti fattori di rischio: età maggiore di 65 anni, storia di malattia peptica, uso concomitante di steroidi e/o anticoagulanti). Il trattamento delle emorragie gastrointestinali del tratto digestivo superiore è fondamentalmente endoscopico. Tuttavia, gli IPP dopo la terapia endoscopica riducono il rischio di risanguinamento e la necessità di un trattamento chirurgico, con un effetto positivo sulla mortalità per i pazienti ad alto rischio. La somministrazione pre-ospedaliera (orale o intravenosa) degli IPP può essere utile nel determinare una riduzione della gravità delle lesioni gastro-duodenali, aumentando così le probabilità di successo dell'emostasi endoscopica.

L'utilizzo degli IPP nei pazienti cirrotici deve essere molto prudente poiché non vi sono evidenze di loro benefici in questo tipo di pazienti, ad eccezione della riduzione del rischio di ulcere esofagee dopo scleroterapia o legatura delle varici. Vi sono inoltre alcune evidenze che indicano come l'uso di IPP possa essere associato allo sviluppo di peritonite batterica spontanea.

La terapia a breve e lungo termine con IPP è ben tollerata, con un'incidenza di effetti indesiderati compresa tra 1 e 3%. Alcuni di questi effetti sono biologicamente plausibili e prevedibili (ridotto assorbimento di farmaci, SIBO, *Clostridium*, ecc). Altri, più rari, sono idiosincrasici e non prevedibili. In ogni caso, i benefici dell'utilizzo appropriato degli IPP sono nettamente superiori ai potenziali rischi.

La terapia con i soli anticoagulanti non si è dimostrata essere lesiva della mucosa gastroduodenale e quindi non necessita di terapia con IPP. Nei pazienti che assumono antagonisti della vitamina K e che iniziano o sospendono la terapia con IPP è necessario un monitoraggio più frequente dell'INR. Nei pazienti che assumono clopidogrel o antagonisti della vitamina K, il pantoprazolo ed il rabeprazolo sono i IPP di scelta.

DERMATOLOGIA

Importanza della diagnosi e della presa in carico delle dermatiti e dell'orticaria per la salute e la qualità della vita dei pazienti

Coordinatore: Musa Awad, Specialista in Chirurgia Generale

Vito Simonetti, Responsabile di Branca Dermatologia e Allergologia Territoriale - Azienda USL Modena

Relatori: Elena Campione, Andrea Di Rienzo Businco, Roberto Porciello, Vito Simonetti, Marina Talamonti, Francesco Valenzano

Analisi delle principali malattie infiammatorie croniche cutanee e sintomi correlati, in particolare il prurito

- Dermatite atopica
- Orticaria cronica
- Idrosadenite cronica suppurativa
- Psoriasi

Sintomo dominante il prurito

Impatto sulla qualità della vita e costi sanitario, sociale ed economico

Analisi e discussione sulle modalità di presa in carico: percorso, criteri, appropriatezza, sostenibilità e costi

Proposte atte a migliorare la prevenzione e la diagnosi della patologia

Alla luce delle nuove evidenze scientifiche la diagnosi precoce rimane un elemento fondamentale nelle patologie infiammatorie croniche cutanee.

Una diagnosi precoce consente un approccio terapeutico mirato ed una migliore presa in carico del paziente affetto.

Risulta inoltre importantissimo il ruolo del medico di Medicina Generale (MMG) e la sua sensibilizzazione nell'inviare il paziente allo specialista di riferimento il più precocemente possibile al fine di evitare ritardi nella diagnosi e nell'approccio terapeutico adeguato

Crediamo fortemente che sia fondamentale la più stretta collaborazione con il MMG, è necessario creare una dimensione nuova della Medicina di prossimità, anche all'interno delle "Case di Comunità" e negli ambulatori territoriali, dobbiamo insieme fare Sistema nell'interesse, in primis dei malati e delle loro famiglie, ma anche per una dimensione professionale più appagante per gli operatori.

In questo contesto sarebbe auspicabile attivare nuove modalità di interazione e collaborazione attraverso la Telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio o riunioni collegiali per i casi complessi, insieme con gli specialisti di riferimento di una determinata patologia), oppure ad esempio attraverso progetti ad es. "Specialista on call" avviato in Azienda USL Modena, progetto che prevede la disponibilità telefonica dello specialista dermatologo in una determinata fascia oraria per discutere di casi complessi con il MMG, facilitare e velocizzare l'accesso del paziente alla struttura ed al percorso di cura e presa in carico.

Ruolo dello specialista/professionista nella gestione delle tematiche trattate

Lo specialista ha un ruolo essenziale nella gestione delle patologie cutanee infiammatorie a carattere cronico recidivante.

Dal confronto e dalla discussione con i colleghi emerge la necessità di una perfetta integrazione Ospedale – Territorio all'interno di una rete dermatologica provinciale che prevede il coinvolgimento di dermatologi dipendenti e convenzionati nel percorso di cura del paziente dermatologico cronico. Questa tipologia di modello realizzerebbe una gestione interaziendale dei percorsi clinico assistenziali di presa in carico delle patologie dermatologiche con elevato livello di complessità diagnostico o terapeutico, con le finalità di rendere tali percorsi estremamente fluidi nonché valorizzare e sviluppare le competenze dei medici specialisti dermatologi della provincia, convenzionati e dipendenti, in relazione ai propri interessi professionali. La rete dermatologica prevede una parziale mobilità dei professionisti sul territorio provinciale, in modo da poter gestire in prima persona le indagini e le cure del proprio paziente anche in differenti sedi (diversi punti

della rete), laddove siano presenti infrastrutture e mezzi atti al completamento del percorso diagnostico e terapeutico, compresi la prescrivibilità e l'utilizzo delle nuove opportunità terapeutiche in particolare i nuovi farmaci biologici per la cura delle principali patologie trattate (Dermatite atopica, Orticaria cronica spontanea, Psoriasi, Idrosadenite cronica suppurativa)

Definire un percorso che possa migliorare l'aderenza alla cura del paziente

Risulta necessaria la condivisione del paziente all'interno di PDTA specifici per la gestione diagnostica, terapeutica e presa in carico delle patologie dermatologiche trattate. I PDTA devono essere convalidati, specifici, con criteri definiti, appropriati ed economicamente sostenibili.

Considerato l'impatto particolarmente impegnativo sulla qualità della vita (relazioni sociali, difficoltà di concentrazione nello studio, lavoro o attività sportive, perdita di sonno) risulta fondamentale la figura dello psicologo anche sul territorio, in un percorso di aiuto e sostegno necessario per il paziente e le famiglie coinvolte.

Per la Dermatite atopica e la psoriasi è necessario sempre associare programmi educazionali ed interventi focalizzati su abitudini e stili di vita corretti che possono evitare o ridurre riacutizzazioni o peggioramento del quadro cutaneo. Per la Dermatite Atopica risulta necessario evitare gli allergeni clinicamente rilevanti evidenziati da uno screening allergologico adeguato, alimenti, pollini, polveri epiteli e forfore di animali (dieta adeguata e misure ambientali specifiche).

Sappiamo oggi che la psoriasi, soprattutto nella sua espressione più grave, rappresenta una patologia immunomediata con ampia contestuale presenza di disordini metabolici, elevati livelli di trigliceridi, colesterolo ldl e zuccheri, elementi che rappresentano fattori di rischio importanti nello sviluppo di ipertensione arteriosa, patologie cardiovascolari, diabete e obesità. In tale contesto riteniamo sia utile il supporto di specialisti in scienze dall'alimentazione per strutturare un percorso alimentare dietetico adeguato atto ad evitare le complicazioni classiche della sindrome metabolica.

FACULTY

SESSIONI ISTITUZIONALI

Filippo Anelli
Silvio Brusaferrò
Massimo Caputi
Americo Cicchetti
Marco Cossolo
Aurelio Crudeli
Carlo Curatola
Gianfranco Damiani
Fernanda Gellona
Marcello Gemmato
Francesco Gabbrielli
Maurizio Gasparri

Stefania Gori
Raffaello Innocenti
Antonio Magi
Anna Lisa Mandorino
Annalisa Manduca
Barbara Mangiacavalli
Nello Martini
Francesco Saverio Mennini
Rosario Mete
Fabrizio Nicolis
Elvia Raia

SESSIONI SCIENTIFICHE

Tonino Aceti
Federica Antezza
Musa Awad
Alessandra Barucca
Donatela Bloise
Rocco Bulzomi
Chiara Caliumi
Elena Campione
Francesco Carbone
Stefania Carnevale
Roberto Carone
Francesca Castellani
Maria Certo
Americo Cicchetti
Elena Cicconetti
Marilena De Guglielmo
Giovambattista Desideri
Andrea Di Rienzo Businco
Valentina Fabbrini
Alessandro Ferraccioli
Luca Ferrara

Vincenzo Fiore
Francesca Foschia
Igino Genuini
Stefano Giordani
Stefania Gori
Gabriella Lavallo
Daniele Lisi
Giuseppe Lucci
Stefano Meloncelli
Silvia Migliaccio
Maria Rosaria Miglietta
Francesca Mirabelli
Fabio Miraldi
Giuseppina Mosca
Fernando Muià
Marco Musy
Fabrizio Nicolis
Armando Orlandi
Emanuela Papa
Emiliano Passacantilli
Gabriele Peperoni

Rosanna Petrangeli
Gabriella Pezzuto
Carlo Piccinni
Emanuele Porazzi
Roberto Porciello
Francesco Principe
Elvia Raia
Barbara Roma
Giancarlo Roscio
Dario Ruggeri
Vito Simonetti
Antonella Spagnuolo
Pier Raffaele Spena
Ilaria Staltari
Davide Stecco
Marina Talamonti
Giuseppe Torrini
Manuel Armando Valentini
Francesco Valenzano
Fabrizio Vecchietti



Con il patrocinio di



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

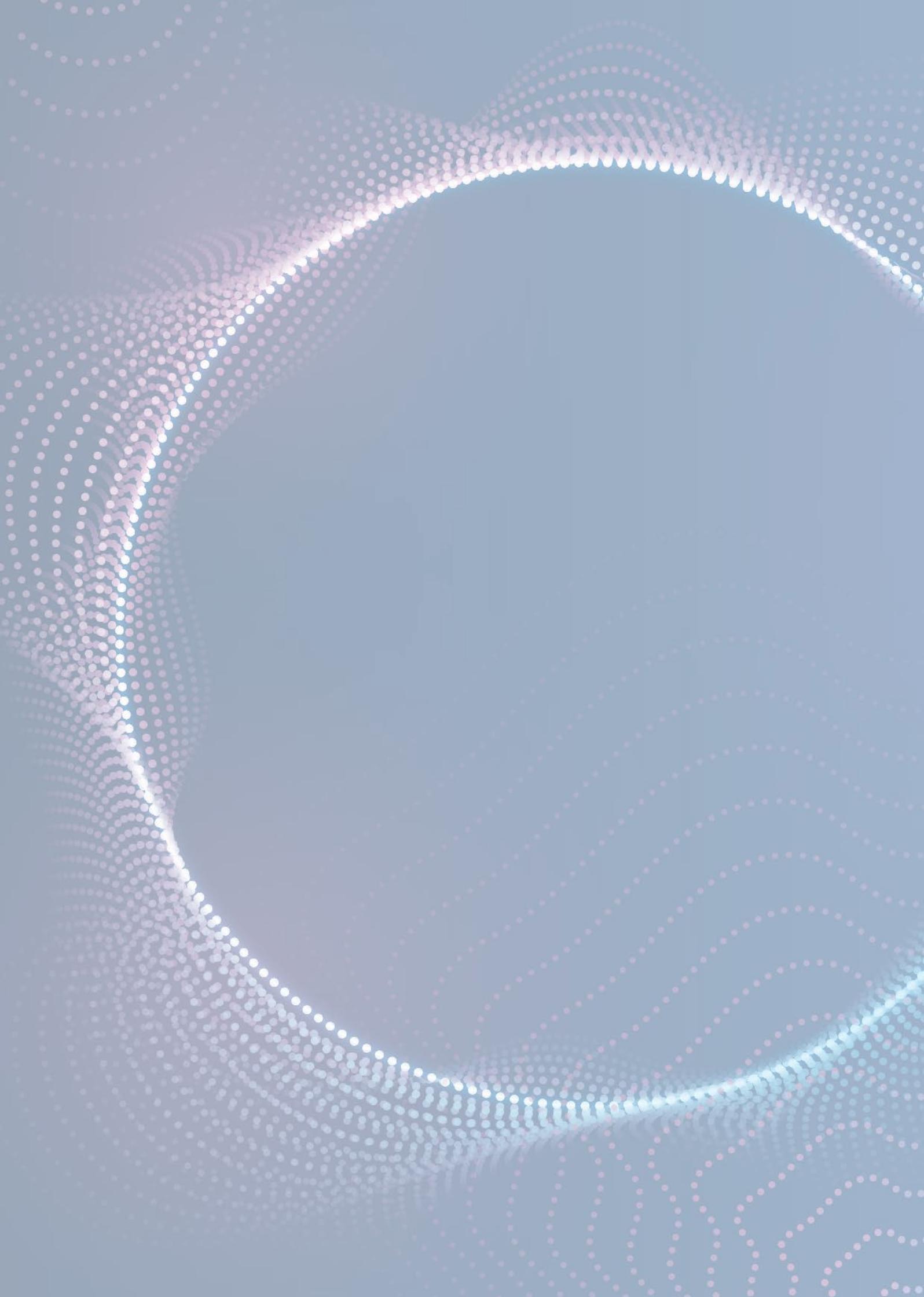


**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore



Con il contributo non condizionato di







Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

www.sumaiassoprof.org



SEGRETERIA FINANZIARIA

FASI s.r.l.

Via O. Tommasini 7 | 00162 Roma

Tel. 06 97605621 | Fax 06 97605650

l.fioravanti@fasiweb.com | www.fasiweb.com

