XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

Cura delle cronicità: PDTA nella BPCO

Riacutizzazione, ospedalizzazione e riabilitazione della BPCO

Costanza Affranchi
SNAMI PALERMO

Abstract
Il PDTA in analisi vuole proporre un piano, per affrontare una patologia cronica di forte impatto come la broncopneumopatia cronica ostruttiva, coinvolgendo il Medico di Medicina Generale, l'infermiere e lo specialista.

Una **riacutizzazione** è un peggioramento prolungato dei sintomi del paziente che ha un esordio acuto. I sintomi comunemente riportati in peggioramento sono la dispnea, la tosse, l'aumento della produzione ed il cambiamento del colore dell'espettorato.

Il paziente con BPCO in fase di riacutizzazione richiede una gestione integrata ed una stretta collaborazione tra MMG e pneumologo. Compito del MMG è il rilievo delle riacutizzazioni e la valutazione della necessità dell'intervento dello Specialista Pneumologo e/o l'ospedalizzazione.

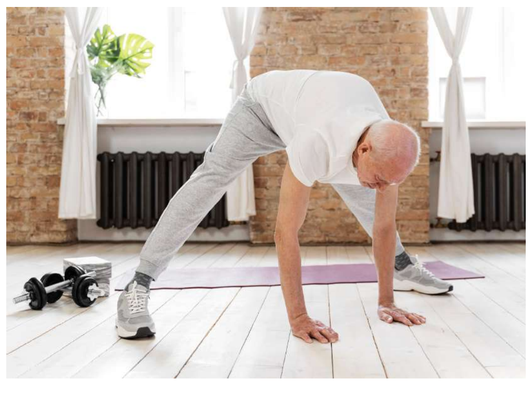
Interventi di prevenzione delle riacutizzazioni :
•Abolizione/riduzione del fumo di sigaretta
• Vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica
• Riabilitazione respiratoria
• Interventi educazionali (aderenza alla terapia, uso dei dispositivi inalatori, stile di vita, attività fisica)

La terapia farmacologica delle riacutizzazioni trattabili a domicilio consiste nella somministrazione degli stessi farmaci utilizzati nella fase stabile di malattia, con incremento, ove possibile, dei dosaggi e/o della frequenza di somministrazione e con l'aggiunta di corticosteroidi per via sistemica per 7-14 gg eventualmente associati ad antibiotici.

Per alcuni pazienti, si pone l'indicazione all'**ospedalizzazione**, i cui criteri, secondo il DRG 88, sono:

Il Paziente dimesso dalle strutture ospedaliere dovrà essere affidato al MMG per il follow-up e la eventuale fase riabilitativa domiciliare.

La **riabilitazione respiratoria** è da intendere come un trattamento multidisciplinare che coinvolge diversi aspetti della medicina, da quello respiratorio a quello fisiatrico ed internistico.



Un **programma riabilitativo**, deve considerare innanzitutto l'eleggibilità del paziente e in questo senso oltre ai fattori acuti, la controindicazione assoluta alla riabilitazione risulta la non volontà del paziente stesso a non intraprenderlo.

Le **tipologie di esercizio** proposte al paziente sono l'allenamento aerobico di resistenza, la cyclette, il tapis roulant, le scale e diverse combinazioni di più esercizi a corpo libero da espletare con diversa intensità e frequenza.

È necessario che un ciclo di riabilitazione respiratoria duri almeno 4 settimane circa.

Al termine del ciclo riabilitativo il paziente dovrebbe essere sottoposto a visita specialistica pneumologica con cadenza periodica, con prima visita non otre l e 4 settimane, per almeno 2-3 volte l'anno.

Il grado di ostruzione bronchiale è misurato tramite la spirometria per registrare le eventuali variazioni della funzionalità respiratoria, mentre il 6MWT viene utilizzato per valutare il mantenimento dei risultati raggiunti al termine della riabilitazione.

L'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT) aumenta la sopravvivenza nei casi con insufficienza respiratoria grave. La ventilazione meccanica non invasiva è spesso in grado di evitare la intubazione e la tracheostomia in acuto, ma l'utilità dell'impiego domiciliare a lungo termine è ancora controversa.

BIBLIOGRAFIA

Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023 Report). 2022, 2023 Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, Inc
Documento Di Indirizzo Regionale Per La Gestione Del Paziente Con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco). Regione Sicilia, Assessorato Alla Salute. Documento Di Indirizzo Regionale Per La Gestione Dei Pazienti Con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco)
Casaburi R, Zuwallack R. Pulmonary Rehabilitation For Management Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med 2009;360(13):1329-35.
N. Ambrosino, V. Bellia, M. Captai, L. Corbetta, S. D'antonio, G.L. Di Tarma, E. Di Virgilio, L. Fabbri, M.A. Franchi, G. Gensini, E. Lauria, R. Marasso, S. Nardini, F. Pasqua, F. Potetti, R. Piselli, C. Pizzi, C. Sanguinetti, G. Schmid, A. Zanello, G. Bassi, F. Falcone.

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

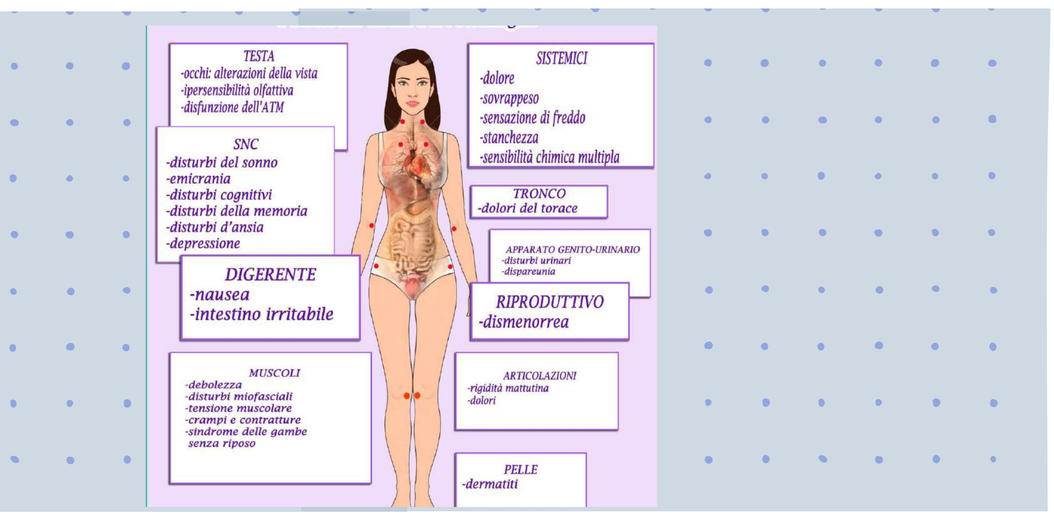
Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della fibromialgia

Dottoressa Valentina Azzaro

INTRODUZIONE

La sindrome fibromialgica (FM) è una forma di dolore muscolo-scheletrico diffuso e di affaticamento che colpisce circa 2 milioni di italiani.
Viene definita “sindrome” poiché oltre al dolore si accompagna a numerosi segni e sintomi , quali disturbi del sonno, stanchezza cronica, disturbi cognitivi ed altri sintomi disfunzionali organici.

SINTOMI



EZIOPATOGENESI

La fibromialgia coinvolge neurotrasmettitori, sistema neuroendocrino e neuroinfiammazioni. L'attività serotoninergica-noradrenergica è compromessa. Neuro-ormoni come CRH influenzano il dolore tramite l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Fattori genetici e scatenanti come stress, traumi, infezioni e malattie reumatologiche ne influenzano la gravità. Tuttavia, l'eziologia resta parzialmente sconosciuta.

CRITERI DIAGNOSTICI

Secondo la letteratura internazionale la diagnosi di FM si basa sui sintomi caratteristici e sull'esclusione di altre cause di dolore cronico; i criteri diagnostici più recenti sono quelli dell' AAPT del 2018

Indice di gravità dei sintomi

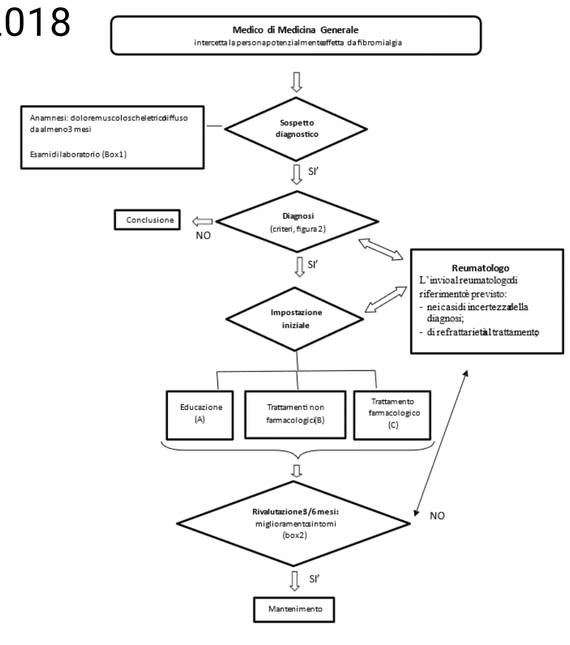
Punteggio: ___ su 12

Indicare il livello di gravità dei 3 sintomi (A,B,C) nell'ultima settimana

	Nessun problema 0	Problema lieve 1	Problema moderato 2	Problema grave 3
A. Astenia	☐	☐	☐	☐
B. Sonno non ristoratore	☐	☐	☐	☐
C. Problemi cognitivi (es. attenzione, memoria)	☐	☐	☐	☐

Indicare la presenza o la assenza dei 3 sintomi (D,E,F) negli ultimi 6 mesi

	Assente 0	Presente 1
D. Emicrania	☐	☐
E. Dolore o crampi addominali	☐	☐
F. Depressione	☐	☐



TRATTAMENTO

Si basa su un approccio multidiscplinare, a step successivi, che prevede:

Educazione

Porta miglioramenti sintomatici a lungo termine. Spiegare al paziente come gestire stress, sonno, adattamento e supporto è fondamentale per la terapia.

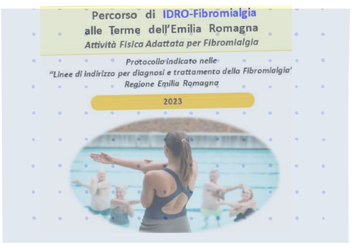
Trattamento non farmacologico

- Attività fisica
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Agopuntura
- Nutrizione
- Ossigenoterapia iperbarica

Trattamento farmacologico

Classi di farmaci o singoli p.a.	LG EULAR 2017§	LG CRA 2012	LG SIGN 2013
paracetamolo	Raccomandato SOLO in associaz. con tramadolo se presente dolore grave	1°scelta	Non considerato
FANS / COXIB	NO	1° scelta#	NO
SSRI / SNRI	Duloxetina (se presente dolore grave) NO SSRI	2° scelta (sia SSRI che SNRI)	2° scelta Duloxetina Fluoxetina
antiepilettici	Pregabalin (se presente dolore grave o gravi alterazioni del sonno)	2° scelta (gabapentin, pregabalin)	1° scelta (pregabalin)
corticosteroidi sistemici	NO	Non riportata alcuna racc.	Non considerati
antidepressivi triciclici (TCA)	Amitriptilina a basse dosi (se presenti gravi alterazioni del sonno)	2° scelta	2° scelta Amitriptilina 25-125mg/die
oppioidi minori	Tramadolo da solo o in associaz. con paracetamolo (se presente dolore grave)	2° scelta Tramadolo (se dolore moderato/grave, non responsivo alle altre opzioni)	NO
oppioidi maggiori	NO	NO	NO
cannabinoidi	NO	3° scelta Cannabinoidi (se presenti importanti alterazioni del sonno)	Non considerati
miorilassanti	Ciclobenzaprina (se presenti gravi alterazioni del sonno)	Non riportata alcuna racc.*	NO

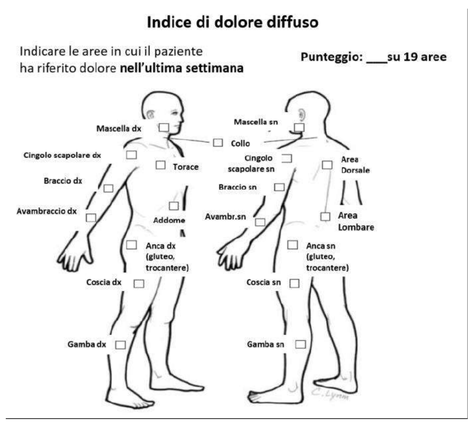
L'amitriptilina è raccomandata per cefalee e dolore neuropatico, analgesici, antidepressivi e FANS per dolore muscolo-scheletrico, Paracetamolo per dolore lieve, mentre gli oppioidi sono off-label. Inoltre l’uso dei cannabinoidi è controverso.



Nel 2018 l'Emilia Romagna ha creato un PDTA per la gestione della FM da parte del MMG

FOLLOW-UP

Compilazione di un questionario ogni 2-3 mesi sulla base di quanto riferito dal paziente.



Dolore generalizzato

Indicare le regioni Punteggio: __ su 5 regioni

Aree	Regione	Presenza
Cingolo scapolare	Superiore Sinistra	
Braccio		
Avambraccio		
Cingolo scapolare	Superiore Destra	
Braccio		
Avambraccio		
Anca (gluteo, trocantere)	Inferiore Sinistra	
Coscia		
Gamba		
Anca (gluteo, trocantere)	Inferiore Destra	
Coscia		
Gamba		
Collo	Assiale	
Area dorsale		
Area Lombare		

CONCLUSIONI

L'MMG ha le capacità di dirigere, come un bravo direttore d’orchestra, la gestione della fibromialgia, anche alla luce della profonda conoscenza fiduciaria del proprio paziente, sia dal punto di vista sanitario, che dal punto di vista umano, poiché spesso *"un dolore condiviso è un dolore dimezzato"*

BIBLIOGRAFIA

- Diagnosi e trattamento della fibromialgia. Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna, allegato 1 della circolare 1 del 05/02/2018
- Fibromialgia: epidemiologia, inquadramento clinico e criteri diagnosticiFausto Salaffi,1Sonia Farah
- 1Clinica Reumatologica Ospedale “Carlo Urbani”, Dipartimento Scienze Cliniche e Molecolari Università Politecnica delle Marche, Jesi, Ancona, Rheumalab
- https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia
- Goldenberg DL, Schur PH, Romain PL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. Literature review. UpToDate, aggiornamento al 14 settembre 2016.
- Clauw DJ. Fibromyalgia. A Clinical Review. JAMA, 2014; 311(15):1547-1555
- Campo S, Mastrosimone G. Impatto epidemiologico delle Malattie Reumatiche e Osteoarticolari nella Medicina Generale Italiana. Rivista Società Italiana di Medicina Generale, 2015; n. 5

4S Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SINDACATO AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

ASAP E APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO DA ATTUARE NEGLI AMBULATORI DI MEDICINA GENERALE

di Melina Babuder

Il 16 gennaio 2023 è stato inaugurato a Monfalcone (Gorizia) il primo ambulatorio **ASAP (Ambulatorio Sperimentale di Assistenza Primaria)** in seno all'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina (**ASUGI**). In seguito sono stati aperti altri quattro ambulatori sul territorio di pertinenza, con una previsione di un ulteriore incremento delle sedi.

Il servizio è dedicato esclusivamente per i cittadini che in seguito alla cessazione del proprio MMG e dell'esito negativo di tutte le procedure previste dall'ACN per il conferimento di un nuovo incarico, sono rimasti senza possibilità di scelta di un nuovo medico.

L'ASAP è attivo nella fascia diurna tra le ore 08:00 e le ore 20:00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8:00 alle ore 10:00 nella giornata di sabato (con reperibilità telefonica). Il numero di pazienti assegnati a ciascun ambulatorio ASAP non supera le 1500-1800 unità e per ogni ambulatorio sono incaricati due o tre medici.

Visti i numeri crescenti di pazienti sarebbe auspicabile una migliore organizzazione medica.

Questi i punti di possibile intervento:
- Associazione di più ambulatori ASAP nella stessa sede
- Affiancamento di personale amministrativo e infermieristico
- Collaborazione con gli specialisti ambulatoriali in loco

Il processo di cura territoriale integrata avrebbe l'obiettivo di una gestione lineare della cronicità evitando le possibili complicanze e riducendo gli accessi al sistema di emergenza, per migliorare la qualità di vita dei pazienti

Protocollo da attuare per i pazienti di medio-alto rischio che sono in carico nei nostri ambulatori

1. Prima visita: paziente complesso (plutipatologico o con diagnosi dubbia di nuovo riscontro)

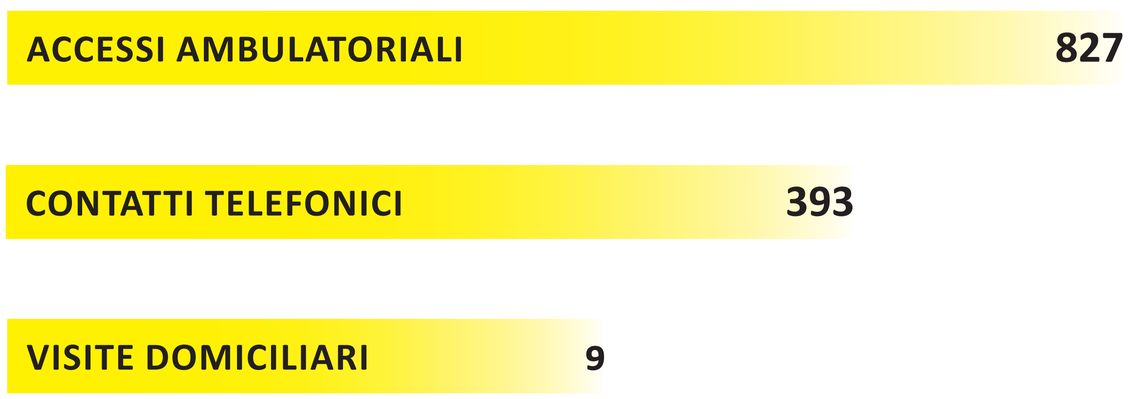
2. Discussione del caso con i medici ASAP ed eventule visita congiunta in sede o al domicilio: prescrizione esami diagnostici e terapia se necessario

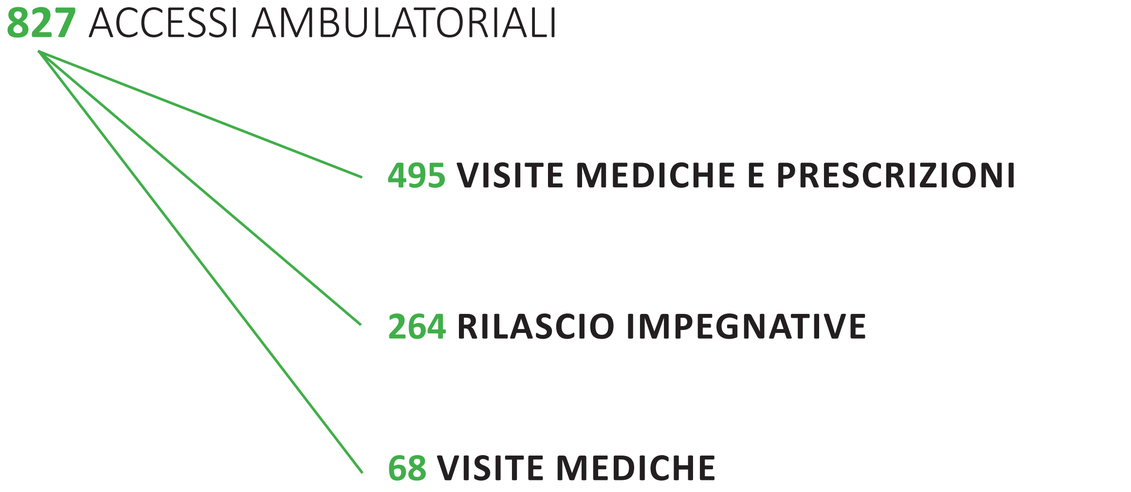
3. Segnalazione caso complesso al servizio SISAP* per eventuale attivazione per urgenza ed inserito nel portfolio dei pazienti difficili con necessità di stretto monitoraggio anche nel weekend o festivi

4. Rivalutazione ed eventuale attivazione degli specialisti ambulatoriali presenti nelle future case della comunità ed eventuale follow-up con i medici dell'ASAP e dell'infermiere di comunità

*(*Il Servizio Integrativo Sperimentale di Assistenza Primaria SISAP si configura come attività di supporto all'assistenza sanitaria primaria in situazione di particolare complessità e tra i suoi compiti ha l'attività di supporto al medico di medicina generale che sia impossibilitato a garantire tempestivamente una prestazione non urgente ma non differibile)*

Mese di luglio 2023 ASAP *(Monfalcone 1 e Monfalcone 2)*





XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

DIABETE MELLITO NELL'ADULTO IN MEDICINA GENERALE: PDTA DM2

- Luca Bianco -

CRITERI DIAGNOSTICI

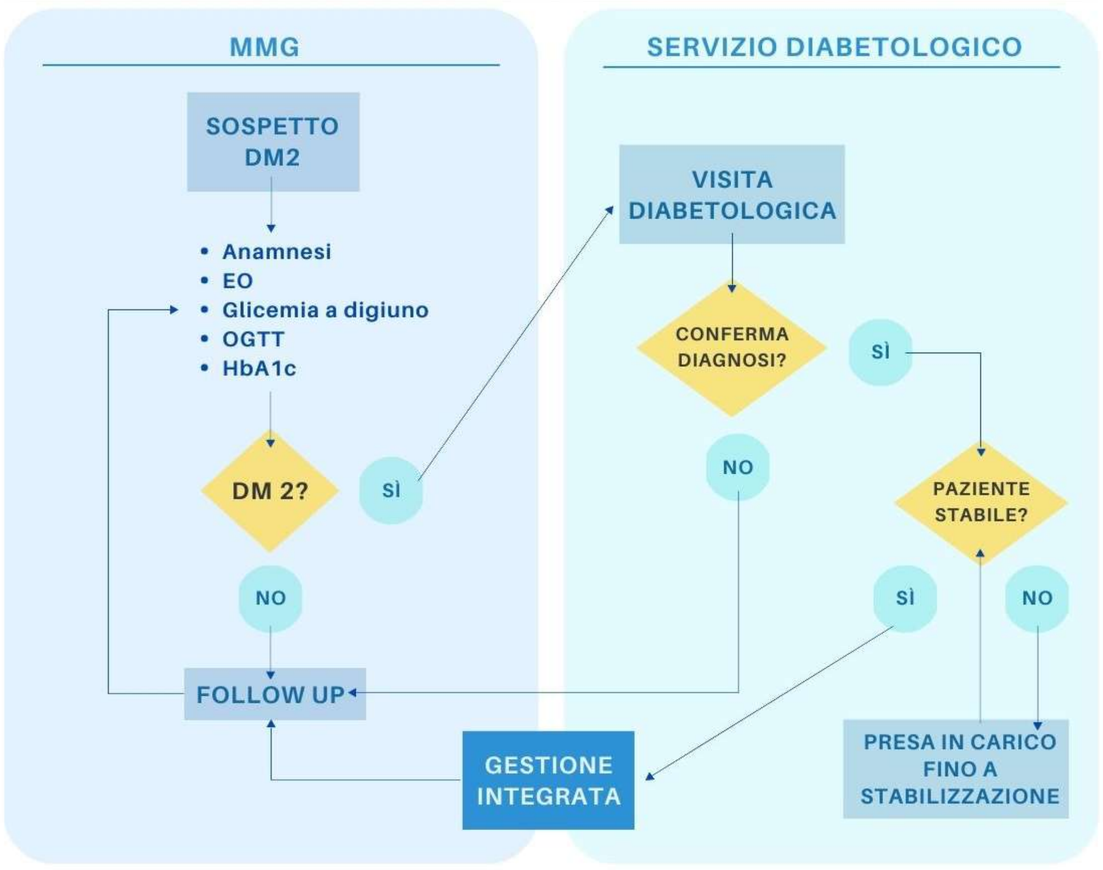
Presenza sintomi tipici + glicemia occasionale ≥ 200 mg/d

Poliuria, polidipsia, calo ponderale

Assenza sintomi tipici + riscontro in almeno due occasioni di:

- ❑ Glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl
- ❑ Glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo OGTT
- ❑ HbA1c ≥ 48 mmol/mol (6,5%)

PERCORSO DI PRESA IN CARICO DM TIPO 2 NELL'ADULTO



GESTIONE IN URGENZA

EMERGENZA → 112 ⚠

- ✓ Chetoacidosi
- ✓ Iperosmolarità non chetosica
- ✓ Ipoglicemia grave
- ✓ Grave ed estesa lesione del piede e/o segni di infezione severa

URGENZA

⚠ **Urgenza 24h → priorità U**

- ✓ Scompenso acuto
- ✓ Piede diabetico con ulcerazione e/o segni di ischemia critica AAII

⚠ **Urgenza differita → priorità B**

- ✓ Diagnosi DM2 con caratteristiche di scompenso
- ✓ DM2 scompensato nonostante potenziamento terapia
- ✓ Comparsa complicanze
- ✓ Post modifica terapia in regime di ricovero ospedaliero
- ✓ Incremento glicemia con farmaci iperglicemizzanti
- ✓ Diabete gestazionale

FASI DEL PDTA

1 FASE 1 – SOSPETTO DIAGNOSTICO

- Anamnesi, EO, valutazione presenza criteri diagnostici
- Visita diabetologica (priorità P)

2 FASE 2 – PRIMA VALUTAZIONE PRESSO SERVIZIO DIABETOLOGICO (SD)

- Conferma diagnosi
- Stratificazione bisogno clinico assistenziale
- Piano di cura personalizzato
- Presa in carico fino a stabilizzazione clinica se scompenso

3 FASE 3 – GESTIONE INTEGRATA

(MMG, AFT, Case della comunità, SD)

- Educazione stile di vita e supporto nutrizionale
- Prevenzione, valutazione rischio e diagnosi precoce complicanze
- Intervento Infermiere di comunità e dietista

❓ <u>Quando inviare al SD:</u>

➢Fallimento terapia
➢Indicazione ad uso di farmaci erogabili solo dallo Specialista
➢Complicanze di grado medio-severo
➢Compenso metabolico non ottimale nonostante terapia adeguata

4 FASE 4 – FOLLOW UP

⏱ Ogni 3-6 mesi:
- Misurazione PA e controllo Peso corporeo
- Glicemia a digiuno, HbA1c, autocontrollo quando previsto
- Esame urine

⏱ Ogni 6 mesi:
- Visita MMG (prevenzione e diagnosi precoce complicanze)
- Creatinina, uricemia
- Assetto lipidico (Colesterolo tot, HDL, TG, LDL calcolato)
- Funzionalità epatica (AST, ALT, GGT)
- Emocromo completo con formula
- ECG (P)
- Counselling infermieristico

⏱ Ogni 2 anni:
- Esame fondo oculare (P)

⏱ Ogni 2-5 anni:
- Ecocolordoppler TSA (P)

BIBLIOGRAFIA

- PDTA Diabete Mellito di tipo 2. ARCS versione del 30/12/2021
- Associazione Medici Diabetologi (AMD) – Società Italiana di Diabetologia (SID). Standard Italiani per la cura del diabete mellito, 2018

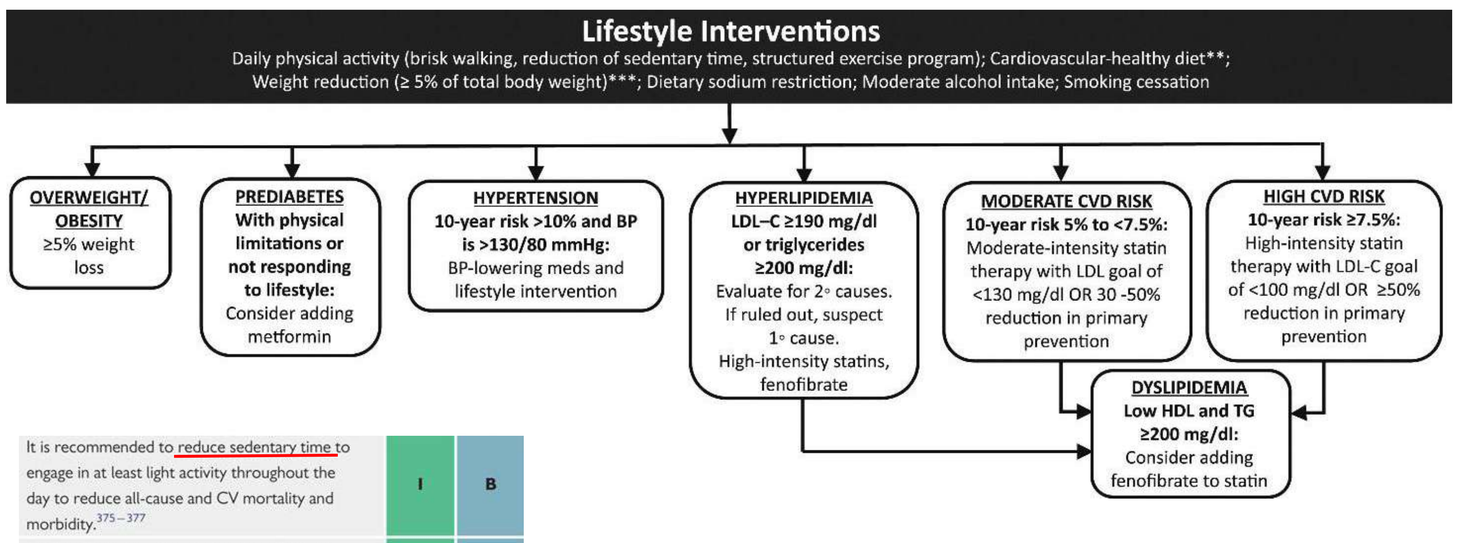
SINDROME METABOLICA

Marica Bonfanti

La sindrome metabolica è una condizione clinica che riguarda pazienti con **obesità viscerale** (circonferenza vita >94cm nei maschi, >80 cm nelle donne) in cui vengono riscontrate almeno due delle seguenti condizioni: **ipertensione** arteriosa (>130/85 mmHg), insulino-resistenza o **alterato metabolismo glicidico** (DM2, IGT, IFG), dislipidemia (**HDL**-c <40 mg/dl nel maschio, <50 mg/dl nella donna – **ipertrigliceridemia** >150 mg/dl). L'associazione suddetta di questi fattori di rischio riguarda circa il 20% della popolazione italiana e aumenta la probabilità di sviluppare patologie cardiovascolari e metaboliche, con conseguente aterosclerosi e danni d'organo.

Il medico di famiglia, unitamente all'infermiere del territorio, è il professionista più indicato a individuare soggetti a rischio di sviluppo di SM nella popolazione e a proporre counselling, follow up, prevenzione e trattamento per intervenire tempestivamente e anticipare condizioni morbose così individualmente ed epidemiologicamente rilevanti.

Lo screening dei pazienti a rischio per SM e per le sue complicanze è indicato in persone con fattori di rischio (quali BMI elevato, famigliarità per SM, sedentarietà, ipertensione, dislipidemia, macrosomia o DMG, PCOS, alterato metabolismo glicidico) e, se negativo, viene ripetuto ogni 3 anni (annualmente se presente pre-diabete), ponendo l'attenzione sulle indicazioni di corretto stile di vita. Nel caso in cui venga fatta diagnosi di SM, è mandativo calcolare il rischio cardiovascolare a 10 anni e intervenire sul lifestyle e farmacologicamente:



It is recommended to reduce sedentary time to engage in at least light activity throughout the day to reduce all-cause and CV mortality and morbidity.[375–377]	I	B
Performing resistance exercise, in addition to aerobic activity, is recommended on 2 or more days per week to reduce all-cause mortality.[378,379]	I	B
It is recommended for adults of all ages to strive for at least 150 - 300 min a week of moderate-intensity or 75 - 150 min a week of vigorous-intensity aerobic PA, or an equivalent combination thereof, to reduce all-cause mortality, CV mortality, and morbidity.[371,372]	I	A
All smoking of tobacco should be stopped, as tobacco use is strongly and independently causal of ASCVD.[487,488]	I	A
It is recommended to adopt a Mediterranean or similar diet to lower risk of CVD.[403,404]	I	A
It is recommended to replace saturated with unsaturated fats to lower the risk of CVD.[405–409]	I	A
It is recommended to reduce salt intake to lower BP and risk of CVD.[410]	I	A
It is recommended to choose a more plant-based food pattern, rich in fibre, that includes whole grains, fruits, vegetables, pulses, and nuts.[411,412]	I	B
It is recommended to restrict alcohol consumption to a maximum of 100 g per week.[413–415]	I	B
It is recommended to eat fish, preferably fatty, at least once a week and restrict (processed) meat.[406,416–418]	I	B
It is recommended to restrict free sugar consumption, in particular sugar-sweetened beverages, to a maximum of 10% of energy intake.[419,420]	I	B
It is recommended that a high-intensity statin is prescribed up to the highest tolerated dose to reach the LDL-C goals set for the specific risk group.[21,520,521]	I	A
If the goals are not achieved with the maximum tolerated dose of a statin, combination with ezetimibe is recommended.[515]	I	B
For primary prevention patients at very high risk, but without FH, if the LDL-C goal is not achieved on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, combination therapy including a PCSK9 inhibitor may be considered.	IIb	C

Follow up:

- ogni 6 mesi: pressione (target **<140/90**; 130/80 in pz <70 anni) e circonferenza vita (target **<94cm M, <80cm F**, con calo ponderale **>5%**/anno),
- se DM: metformina 500 bid → controllo a 2 settimane di glicemia a digiuno, HbA1c → metformina 1000 bid → controllo a 3 mesi, poi ogni 6, poi annualmente (indagando anche microalbuminuria, creatinina, elettroliti, profilo lipidico, funzionalità epatica, ecg, fundus oculi) con target **HbA1c<7%** (<6,5% in pazienti con diagnosi recente e assenza di comorbidità),
- a 3 mesi, poi ogni 6, poi annualmente: TG, HDL-c, LDL-c, colesterolo, con target **TG <150 mg/dl**, **HDL >40(M) – 50(F) mg/dl**, **LDL <130/100/70/55 mg/dl** a seconda dei fdr associati.

It is recommended that the preferred combinations include a RAS blocker (i.e. an ACE inhibitor or ARB) with a CCB or diuretic, but other combinations of the five major classes can be used (ACE inhibitor, ARB, beta-blocker, CCB, thiazide/thiazide-like diuretic).[566–569]	I	A
It is recommended, if BP remains uncontrolled with a two-drug combination, that treatment be increased to a three-drug combination, usually a RAS blocker with a CCB and a diuretic, preferably as a single-pill combination.[563,570,571]	I	A
It is recommended, if BP is not controlled by a three-drug combination, that treatment should be increased by the addition of spironolactone, or if not tolerated, other diuretics such as amiloride or higher doses of other diuretics, an alpha-blocker or beta-blocker, or clonidine.[555,572–574]	I	B
Metformin is recommended as first-line therapy, following evaluation of renal function, in the majority of patients without previous ASCVD, CKD, or HF.[589]	I	B
In patients with type 2 DM and TOD,[c] the use of an SGLT2 inhibitor or GLP-1RA with proven outcome benefits may be considered to reduce future CV and total mortality.[594–597]	IIb	B
In patients with type 2 DM and CKD, the use of an SGLT2 inhibitor is recommended to improve ASCVD and/or cardiorenal outcomes.[598,599]	I	A
Statin treatment is recommended as the first drug of choice for reducing CVD risk in high-risk individuals with hypertriglyceridaemia [triglycerides >2.3 mmol/L (200 mg/dL)].[533]	I	A
In patients taking statins who are at LDL-C goal with triglycerides >2.3 mmol/L (200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered.[534–536]	IIb	B

Per quanto riguarda lo screening del danno d'organo:

- **microalbuminuria** (30-300 mg/24h o 20-200 microgrammi/min, trattabile con ACE-I o antagonisti AT-II) → danno renale
- **IMT >0,9mm** (ispessimento medio intimale a livello carotideo, aortico, femorale misurato tramite eco color doppler, da trattare con cardioaspirina e lacidipina) → danno cerebrovascolare, AOCP.
- **Ipertrofia ventricolare sinistra** (da valutare con ecocardiografia e stabilizzare tramite mantenimento della pressione in range) → insufficienza cardiaca (RCV maggiormente aumentato se concentrica).

BIBLIOGRAFIA

Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D. M., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J., & Ziaeian, B. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation - Bassi, N., Karagodin, I., Wang, S., Vassallo, P., Priyanath, A., Massaro, E., & Stone, N. J. (2014). Lifestyle Modification for Metabolic Syndrome: A Systematic Review. The American Journal of Medicine - Chen, Y., Chen, Z., Pan, L., Ma, Z., Zhang, H., Li, X., & Li, X. (2023). Effect of moderate and vigorous aerobic exercise on incident diabetes in adults with obesity. JAMA Internal Medicine - Chobanian, A. V. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure JAMA - Frank L J Visseren, François Mach, Yvo M Smulders, David Carballo, Konstantinos C Koskinas, Maria Bäck, Athanase Benetos, Alessandro Biffi, José-Manuel Boavida, Davide Capodanno (2021) ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice European Heart Journal, Volume 42, Issue 34 - Cuspidi, C., Meani, S., Fusi, V., Severgnini, B., Valerio, C., Catini, E., Leonetti, G., Magrini, F., & Zanchetti, A. (2004). Metabolic syndrome and target organ damage in untreated essential hypertensives. Journal of Hypertension - Garg, A. (1996). Insulin resistance in the pathogenesis of dyslipidemia. Diabetes Care - Giorgio Sesti, Francesco Cosentino, Crepaldi, Stefano Del Prato, Giuseppe Mancia, Enzo Manzato, Alessandro Menotti, Antonio Tiengo, Massimo Volpe, Augusto Zaninelli (2006) – Sisprec - Sindrome Metabolica: Diagnosi e Gestione Clinica - Hulthe, J., Bokemark, L., Wikstrand, J., & Fagerberg, B. (2000). The metabolic syndrome, LDL particle size, and atherosclerosis. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology - Lee, S. W., Son, J. Y., Kim, J. M., Hwang, S. S., Han, J. S., & Heo, N. J. (2017). Body fat distribution is more predictive of all-cause mortality than overall adiposity. Diabetes, Obesity and Metabolism - Lorenzo, C., Okoloise, M., Williams, K., Stern, M. P., & Haffner, S. M. (2003). The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes. Diabetes Care - Lung. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. In PsycEXTRA Dataset. - Mancini, J., Filion, K. B., Atallah, R., & Eisenberg, M. J. (2016). Systematic Review of the Mediterranean Diet for Long-Term Weight Loss. The American Journal of Medicine - Rosenzweig, J. L., Bakris, G. L., Berglund, L., Hivert, M., Horton, E. S., Kalyani, R. R., Murad, M. H., & Vergès, B. (2019). Primary Prevention of ASCVD and T2DM in patients at Metabolic Risk: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism

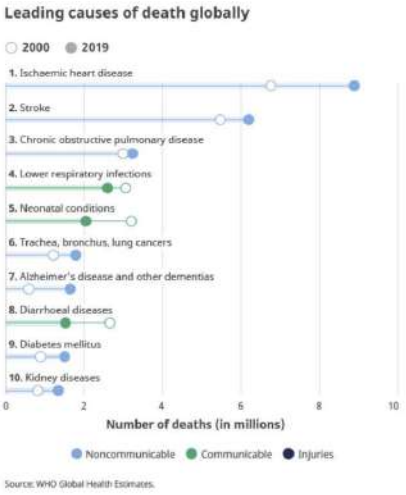
XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

Il PDTA BPCO: STATO ATTUALE E POSSIBILI IMPLEMENTAZIONI

Dr. Andrea Busca

INTRODUZIONE

La BPCO è una malattia, prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo, dovuta ad anomalie delle vie aeree. La BPCO è divenuta la terza causa di morte nel mondo. Secondo l'ISTAT, in Italia, la prevalenza di BPCO è del 3,8% della popolazione. Nella Regione Lazio ne sono affetti 145.000 pazienti. Di questi, il 21% è residente nella ASL RM 2. In quest'ultima è stato avviato un PDTA BPCO. Si è quindi deciso di fare un analisi del percorso, valutando i punti di forza e di debolezza, al fine di implementarlo.



MATERIALI E METODI

Lo scopo dello studio è stato analizzare il 15 % delle cartelle cliniche dei pazienti inseriti nel PDTA BPCO presso la ASL RM2/6 al fine di poter ottenere risultati statisticamente significativi. Sono state estratte a campione le cartelle cliniche di 77 pazienti. Di ogni paziente sono stati estrapolati: Dati anagrafici; Stili di vita; Ossigenterapia; Comorbidità; Date delle visite; Valori dell'emogas-analisi; Prove di funzionalità respiratoria; Sintomatologia (mMRC e/o COPD). Sulla base di questi dati è stato formulato uno score.

RISULTATI

Dall'analisi delle cartelle cliniche dei 77 pazienti selezionati è emerso: un corretto timing delle visite di controllo e una buona affidabilità dello score per stimare il rischio di morte del paziente BPCO.
È emerso inoltre che la maggior parte dei pazienti in carico al Percorso presentano una malattia lieve, con minime alterazioni spirometriche, con poca sintomatologia ma ad alto rischio di riacutizzazioni.
Tuttavia è risultato che: una quota non trascurabile di pazienti era già in OTLT (10%) al momento dell'arruolamento nel PDTA; la mortalità dei pazienti seguiti nel percorso è elevata (10%); l'età media all'arruolamento è piuttosto avanzata (67 anni); i pazienti in carico hanno importanti comorbidità; solo il 60% dei pazienti è stato arruolato dal MMG.

DISCUSSIONE

In conclusione possiamo affermare che il PDTA già in parte soddisfa le richieste di salute di una popolazione con una malattia lieve ma allo stesso tempo fragile, per presenza di riacutizzazioni, comorbidità ed età avanzata.
È tuttavia necessario, al fine di implementare il PDTA BPCO (e renderlo più efficace) un maggior coinvolgimento del MMG per individuare precocemente i pazienti da inserire nel Percorso.
È inoltre fondamentale sviluppare il ruolo della Telemedicina (Telemonitoraggio, Televisita) per garantire una migliore aderenza e limitare gli abbandoni. È inoltre necessario valutare la possibilità di ricoveri Fast-Track per i pazienti con frequenti riacutizzazioni.

BIBLIOGRAFIA

- L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva -Ann Ist Super Sanità 2003;39(4):467- Scognamiglio A.
- Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali -PDTA nella cronicità. Determinazione Regione Lazio del 18 dicembre 2020, n. G15691
- Piano nazionale della cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: IL RUOLO CENTRALE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE

Arruolamento dei pazienti e stratificazione del rischio

Dott.ssa Silvia Calivà

INTRODUZIONE

La prevenzione primaria del Diabete Mellito di tipo 2 si basa su individuazione dei soggetti a rischio, stratificazione, controllo dei fattori di rischio e diagnosi precoce. L'obesità rappresenta il maggiore fattore di rischio di DM2. La corretta gestione di questi pazienti necessita dell'intervento di diverse figure sanitarie e non, adatte a gestire i vari fattori di rischio. Questo PDTA si pone l'obiettivo di adottare un protocollo condiviso da tutti i soggetti interessati, ricavato dalle linee guida internazionali e nazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili, con ruoli ed attività definite.

MATERIALI E METODI

Il PDTA è stato strutturato integrando le linee guida delle società nazionali ed internazionali del DM2 con modelli di PDTA precedentemente proposti e recenti articoli di letteratura scientifica a supporto dell'approccio integrato nella prevenzione primaria del DM2.

RISULTATI

Il primo step del PDTA consiste in un programma di Medicina d'iniziativa basato sull'arruolamento, effettuato dall'Infermiere delle Cure Primarie tramite e-mail o telefonicamente, dei pazienti per partecipare a delle giornate di screening svolte presso lo studio del Medico di Medicina Generale, durante le quali viene eseguita la misurazione del BMI.

I pazienti con BMI ≥ 25 kg/m2 (≥ 23 kg/m2 negli Asiatici), elemento cardine per la definizione di rischio elevato, vengono selezionati per il secondo step del PDTA, consistente nella stratificazione del rischio eseguita dal Medico di Famiglia tramite elementi di anamnesi personale e familiare:

- familiarità di primo grado per DM2;
- inattività fisica abituale;
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio;
- ipertensione arteriosa;
- dislipidemia (trigliceridi > 250 mg/dl e/o colesterolo HDL <35 mg/dl);
- steatosi epatica non alcolica;
- sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'*acanthosis nigricans*;
- evidenza clinica di malattie cardiovascolari;
- pregresso diabete gestazionale o parto di neonato macrosomico (peso > 4 kg).

I pazienti che presentano 3 o più di questi fattori di rischio vengono avviati al terzo step rappresentato dalla presa in carico da parte del Team di Cura.

I pazienti con riscontro di HbA1c ≥ 5,7% (39 mmol/mol), IGT (*Impaired Glucose Tolerance*) o IFG (*Impaired Fast Glucose*) in un precedente test, possono essere inviati direttamente al Team di Cura.

CONCLUSIONI

La strutturazione di un PDTA per la prevenzione primaria del DM2 rappresenta un'opportunità per individuare efficacemente i pazienti a rischio di malattia; l'arruolamento dei pazienti e la stratificazione del rischio, effettuati dal Medico di Medicina Generale e dall'Infermiere delle Cure Primarie nell'ambito di un programma di Medicina d'iniziativa, costituiscono il momento iniziale fondamentale per selezionare i pazienti da inviare al Team di Cura.

BIBLIOGRAFIA

Allegato 1 al D.A. n. 602 del 16/04/2018.
Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD) - Versione aggiornata a Dicembre 2022.
El Sayed N. A. et al on behalf of American Diabetes Association. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S10–S18
Wołos-Kłosowicz K. et al. Effects of common weight loss plans on diabetes mellitus and cardiovascular risk factors. Prim Care Diabetes. 2022 Apr;16(2):252-256. doi: 10.1016/j.pcd.2021.11.003.
Hunter, C. M. (2016). Understanding diabetes and the role of psychology in its prevention and treatment. American Psychologist, 71(7), 515–525.
Huffman Jeff C. et al. A Positive Psychology-Motivational Interviewing Program to Promote Physical Activity in Type 2 Diabetes: The BEHOLD-16 Randomized Trial. Gen Hosp Psychiatry. 2021 Jan-Feb; 68: 65–73.

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

GESTIONE DELLA MRGE IN UNA AFT

Cantono Giulia – SNAMI Biella

INTRODUZIONE

La malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) è caratterizzata da reflusso frequente (almeno 2 episodi alla settimana) o episodi di reflusso sufficientemente gravi da compromettere significativamente la qualità della vita.
Questo elaborato propone un percorso terapeutico a step allo scopo di mantenere un buon compenso della patologia nel tempo. A questo scopo è essenziale agire anche sul corretto stile di vita.

MATERIALI E METODI

Lettura delle ultime linee guida e di articoli scientifici al fine di imbastire un PDTA riguardo la gestione clinica della MRGE, calandola nella ipotetica realtà delle future AFT.

DISCUSSIONE E RISULTATI

AVVIO TERAPIA

Se si sospetta MRGE, iniziare con una standard dose di PPI per 4-8 settimane con assunzione una volta al giorno 30–60 minuti prima di colazione nel caso di sintomi prevalentemente diurni o prima della cena se soprattutto notturni.
Programmare controllo a 4–8 settimane e se il pz lamenta persistenza dei sintomi verificare l'aderenza terapeutica e considerare EGDS e valutazione specialistica.
Se si sviluppano sintomi allarmanti, come deglutizione difficile o dolorosa, tracce ematiche nel vomito o nelle feci, perdita di peso inspiegabile o segni di anemia, sottoporre il paziente tempestivamente a endoscopia e valutazione specialistica.

DECALAGGIO

Se i sintomi sono ben controllati dal trattamento iniziale:
• ridurre la dose giornaliera o impostare l'assunzione a giorni alterni
• limitare l'assunzione ai giorni in cui si verificano i sintomi (PPI al bisogno).
Ulteriore controllo a 3-4 settimane: se ripresa dei sintomi, riassumere la dose efficace più bassa del PPI.

PPI	Standard (full) dosage	Low (maintenance) dosage
Esomeprazole	20 mg once daily	N/A*
Lansoprazole	30 mg once daily	15 mg once daily
Omeprazole	20 mg once daily	10 mg once daily
Pantoprazole	40 mg once daily	20 mg once daily
Rabeprazole	20 mg once daily	10 mg once daily

*Lowest available dose of esomeprazole is 20 mg. Other low-dose PPIs are appropriate step-down options.

STOP

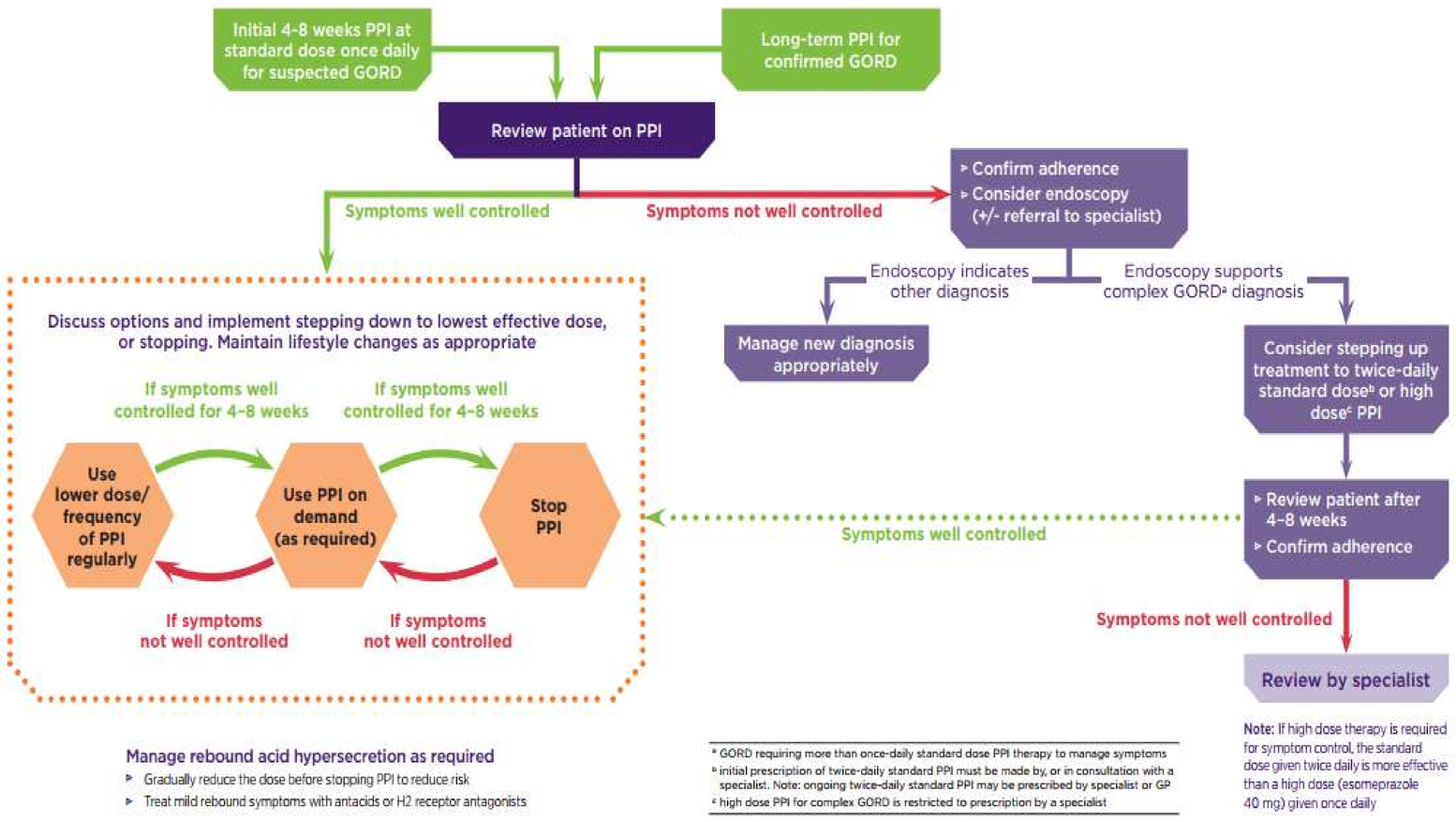
Considerare l'interruzione della terapia con PPI sei sintomi rimangono ben controllati con una dose minore. Informare il pz circa il possibile rebound dei sintomi, per i quali impostare una terapia con PPI al bisogno o antagonisti H2.

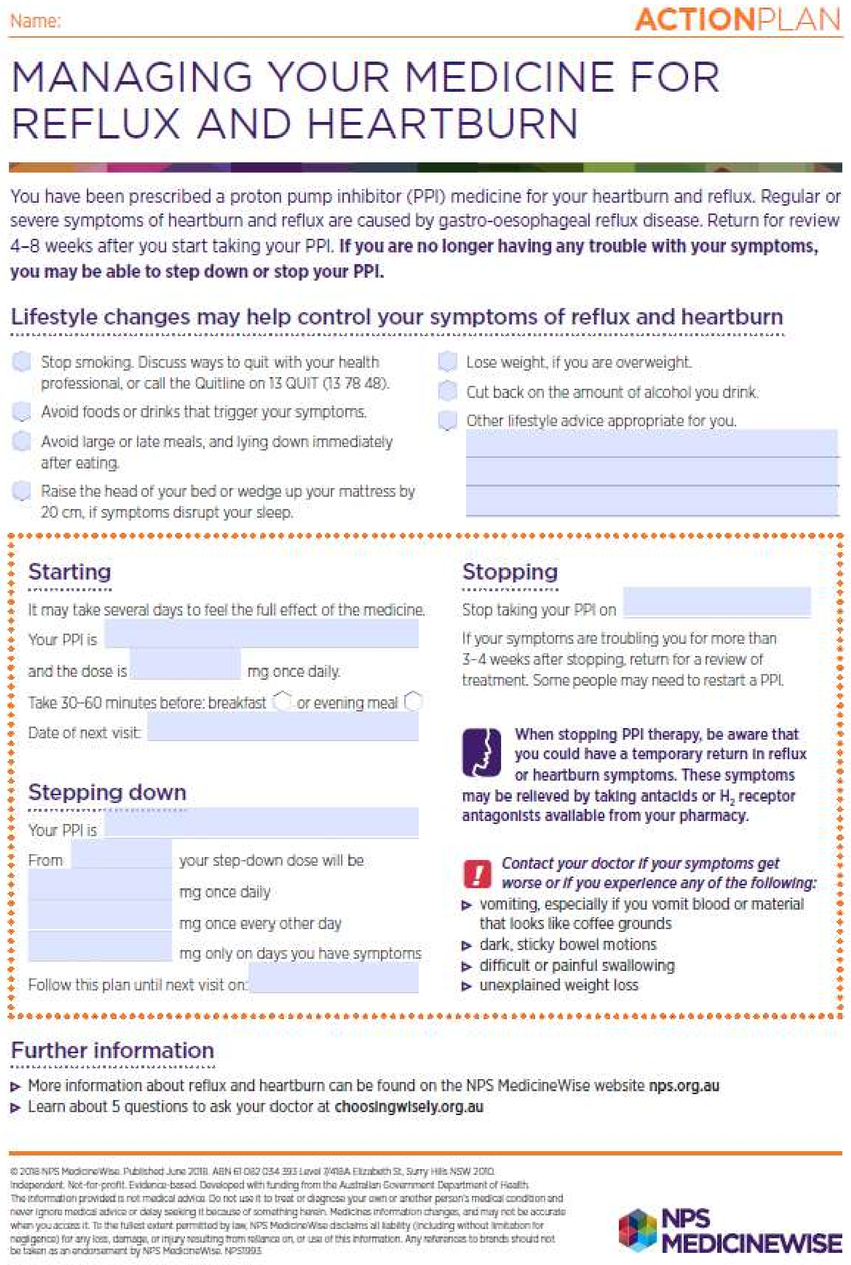
CAMBIAMENTI DELLO STILE DI VITA:

- Un'adeguata educazione alimentare volta a ridurre il peso (soprattutto se obesità addominale), evitare il fumo e gli alimenti come cioccolata, menta, caffè, alcolici.
- Evitare di coricarsi subito dopo i pasti, attendendo almeno 3 ore, e di consumare alla sera pasti lipidici.

GESTIONE DELLA MRGE IN UNA AFT

In primis il paziente incontra il proprio MMG che, nel sospetto di MRGE, imposterà la terapia con PPI.
Successivamente viene indirizzato all'ambulatorio infermieristico, per essere adeguatamente informato sull'importanza del corretto stile di vita per la gestione dei sintomi.
Viene inoltre proposto al paziente un questionario, da compilare alla fine del trattamento di 4-8 settimane, da riconsegnare al medico, per valutare la compliance e l'efficacia terapeutica.




Name:

ACTIONPLAN

MANAGING YOUR MEDICINE FOR REFLUX AND HEARTBURN

You have been prescribed a proton pump inhibitor (PPI) medicine for your heartburn and reflux. Regular or severe symptoms of heartburn and reflux are caused by gastro-oesophageal reflux disease. Return for review 4–8 weeks after you start taking your PPI. **If you are no longer having any trouble with your symptoms, you may be able to step down or stop your PPI.**

Lifestyle changes may help control your symptoms of reflux and heartburn

- Stop smoking. Discuss ways to quit with your health professional, or call the Quitline on 13 QUIT (13 78 48).
- Avoid foods or drinks that trigger your symptoms.
- Avoid large or late meals, and lying down immediately after eating.
- Raise the head of your bed or wedge up your mattress by 20 cm, if symptoms disrupt your sleep.
- Lose weight, if you are overweight.
- Cut back on the amount of alcohol you drink.
- Other lifestyle advice appropriate for you.

Starting

It may take several days to feel the full effect of the medicine.
Your PPI is
and the dose is mg once daily.
Take 30–60 minutes before: breakfast ○ or evening meal ○
Date of next visit:

Stopping

Stop taking your PPI on
If your symptoms are troubling you for more than 3–4 weeks after stopping, return for a review of treatment. Some people may need to restart a PPI.

When stopping PPI therapy, be aware that you could have a temporary return in reflux or heartburn symptoms. These symptoms may be relieved by taking antacids or H_2 receptor antagonists available from your pharmacy.

Stepping down

Your PPI is
From your step-down dose will be
mg once daily
mg once every other day
mg only on days you have symptoms
Follow this plan until next visit on:

Contact your doctor if your symptoms get worse or if you experience any of the following:
- vomiting, especially if you vomit blood or material that looks like coffee grounds
- dark, sticky bowel motions
- difficult or painful swallowing
- unexplained weight loss

Further information

- More information about reflux and heartburn can be found on the NPS MedicineWise website **nps.org.au**
- Learn about 5 questions to ask your doctor at **choosingwisely.org.au**

© 2018 NPS MedicineWise. Published June 2018. ABN 61 082 034 393 Level 2/418A Elizabeth St, Surry Hills NSW 2010.
Independent. Not-for-profit. Evidence-based. Developed with funding from the Australian Government Department of Health.
The information provided is not medical advice. Do not use it to treat or diagnose your own or another person's medical condition and never ignore medical advice or delay seeking it because of something herein. Medicines information changes, and may not be accurate when you access it. To the fullest extent permitted by law, NPS MedicineWise disclaims all liability (including without limitation for negligence) for any loss, damage, or injury resulting from reliance on, or use of this information. Any references to brands should not be taken as an endorsement by NPS MedicineWise. NPS1093.

NPS MEDICINEWISE

BIBLIOGRAFIA

-Maret-Ouda J, Markar SR, Lagergren J. Gastroesophageal Reflux Disease. JAMA. 2020 Dec 22;324(24):2565
-Mehta RS, Staller K, Chan AT. Review of Gastroesophageal Reflux Disease. JAMA. 2021 Apr 13;325(14):1472.
-Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
-Patti MG. An Evidence-Based Approach to the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. JAMA Surg. 2016 Jan;151(1):73-8.
-Cappell MS. Clinical presentation, diagnosis, and management of gastroesophageal reflux disease. Med Clin North Am. 2005 Mar;89(2):243-91
-Yuan S, Larsson SC. Adiposity, diabetes, lifestyle factors and risk of gastroesophageal reflux disease: a Mendelian randomization study. Eur J Epidemiol. 2022 Jul;37(7):747-754
-Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, Solaymani-Dodaran M, Bazzoli F, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. Gut. 2018 Mar;67(3):430-440.
. -Chuang TW, Chen SC, Chen KT. Current status of gastroesophageal reflux disease : diagnosis and treatment. Acta Gastroenterol Belg. 2017 Jul-Sep;80(3):396-404.

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

Cura delle cronicità: PDTA nella BPCO

Terapia della BPCO

Francesca Paola Carduccio
SNAMI PALERMO

Abstract

Il PDTA in analisi vuole proporre un piano, per affrontare una patologia cronica di forte impatto come la broncopneumopatia cronica ostruttiva, coinvolgendo il Medico di Medicina Generale, l'infermiere e lo specialista.

La **terapia** della BPCO è finalizzata a ridurre i sintomi respiratori, ridurre la frequenza e la severità delle riacutizzazioni, il numero di ospedalizzazioni, migliorare la funzione polmonare, la tolleranza allo sforzo, aumento della aspettativa e la qualità di vita.

Posta la diagnosi, il trattamento è cronico e deve essere proseguito in maniera continuativa con uno o più farmaci in base alle condizioni cliniche del paziente e al raggiungimento degli obiettivi della terapia.

La terapia farmacologica è rimborsata dal SSR solo nel caso in cui i farmaci vengano prescritti secondo le indicazioni autorizzate ed indicate nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e le limitazioni previste della **nota AIFA 99**, preferendo, a parità di costo/efficacia, il farmaco equivalente.

La terapia standard della BPCO si basa sull'uso di farmaci inalatori ed è necessario che i pazienti siano capaci di utilizzare i device in modo adeguato.

L'ossigenoterapia a lungo termine è indicata nei pazienti BPCO con insufficienza respiratoria cronica.

Stadiazione della BPCO per livelli e classi di gravità

Posta la diagnosi, vengono individuati quattro livelli di severità di ostruzione, classificati come segue:

Parametro	Misura	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
FEV_1	% teorico	≥80%	<80% e ≥50%	<50% e ≥30%	<30%

È indicata una strategia terapeutica "a gradini", correlata alla severità.
Al fine di effettuare una corretta stadiazione dei pazienti ed inquadramento terapeutico, è necessario eseguire una valutazione multidimensionale che tenga conto dei seguenti fattori:

1. Intensità dei sintomi (grado di dispnea).	**2. L'impatto della malattia sulla performance e sullo stato di salute del paziente.**	**3. Frequenza e severità delle riacutizzazioni nei 12 mesi precedenti.**
Valutata attraverso la Scala di dispnea del Medical Research Council modificata (mMRC).	Valutata attraverso il questionario COPD Assessment Test (CAT).	

Al termine della suddetta valutazione sarà quindi possibile, in linea con le raccomandazioni **GOLD**, inquadrare schematicamente il paziente in uno dei tre "gruppi omogenei di impatto di malattia", in base al quale vengono identificate le proposte terapeutiche per la terapia iniziale di mantenimento.

GRUPPO A

Soggetti a basso rischio di riacutizzazioni (0-1 riacutizzazioni moderate nei precedenti 12 mesi senza necessità di ricovero) e sintomi lievi (mMRC: 0-1 oppure CAT < 10), nei quali è raccomandato l'uso di un solo broncodilatatore (short o long acting).

GRUPPO B

Soggetti maggiormente sintomatici (mMRC ≥ 2 oppure CAT ≥ 10) ma a basso rischio di riacutizzazioni (0-1 riacutizzazioni moderate nei precedenti 12 mesi senza necessità di ricovero), nei quali è raccomandata la terapia con doppia broncodilatazione LABA/LAMA, rispetto alla monoterapia, come era nell'edizione precedente.

GRUPPO E

Pazienti che, indipendentemente dal livello dei sintomi, presentano 2 o più riacutizzazioni nell'anno precedente o anche una sola riacutizzazione che abbia comportato il ricovero ospedaliero, comunemente definiti frequenti riacutizzatori. In questo gruppo è raccomandata la terapia con doppia terapia broncodilatatrice LABA/LAMA. Altra grande novità delle GOLD è che in caso di indicazione alla terapia con corticosteroidi inalatori, occorre valutare la possibile utilità del trattamento con ICS/LABA/LAMA. Ne consegue che non è più consigliata come terapia iniziale la terapia con LABA/ICS.

Follow-up

Dopo l'avvio della terapia, i pazienti andranno rivalutati. Le raccomandazioni GOLD prevedono, in caso di mancata o insufficiente risposta clinica, un'escalation della terapia la cui strategia dipenderà dalla sintomatologia residua e dalle comorbilità, secondo i seguenti obiettivi.

Se l'obiettivo è RIDURRE LA DISPNEA:	**Se l'obiettivo è RIDURRE LE RIACUTIZZAZIONI:**
•1° step: dalla monoterapia con un LABA o LAMA passare alla duplice terapia LABA+LAMA	•1° step: da LAMA o LABA passare alla duplice terapia LABA+LAMA o LABA+ICS
•2° step: dalla duplice terapia (LABA+LAMA) alla triplice (LABA+LAMA+ICS).	•2° step: da duplice a triplice (LABA+LAMA+ICS).

Occorre infine considerare una de-escalation della terapia con ICS o una modifica del trattamento in caso di polmonite, indicazione iniziale inappropriata o assenza di risposta agli ICS.

La prescrizione della triplice associazione con unico inalatore, prevede obbligatoriamente la compilazione del piano terapeutico da parte dello specialista (allegato 1 nota AIFA 99).

BIBLIOGRAFIA

Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023 Report). 2022, 2023 Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, Inc
Documento Di Indirizzo Regionale Per La Gestione Del Paziente Con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco). Regione Sicilia, Assessorato Alla Salute. Documento Di Indirizzo Regionale Per La Gestione Dei Pazienti Con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco)
Diagnosis And Management Of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update From The American College Of Physicians, American College Of Chest Physicians, American Thoracic Society, And European Respiratory Society. Ann Intern Med. 2011;155:179-191.
Celli Br, Halbert Rj, Enright P, Brusasco V. Should We Abandon Feviifvc <0.70 To Detect Airway Obstruction? No/Yes. Chest 2010;138:1037-1042.

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

DEFINIZIONE DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO RELATIVO ALLE RIACUTIZZAZIONI DI BPCO

Michele Chiccoli, Medico di Medicina Generale AUSL Ferrara

INTRODUZIONE

Le riacutizzazioni della BPCO sono eventi acuti in cui i sintomi della malattia peggiorano improvvisamente, richiedendo spesso trattamenti medici urgenti. Questi episodi, caratterizzati da tosse, dispnea e produzione di catarro più intensi, rappresentano una parte significativa nella gestione della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, e richiedono strategie di gestione mirate per prevenirne il peggioramento e le complicanze.

SCOPO DEL LAVORO

Redigere una flow-chart di rapida consultazione per facilitare il davoro dell'MMG nella gestione diagnostico-terapeutica delle riacutizzazioni di BPCO

MATERIALI E METODI

Sono state analizzate le ultime linee guida GOLD avendole in seguito integrate con le linee guida dell' American Thoracic Society

RIACUTIZZAZIONI BPCO

Valutare eventuali diagnosi differenziali:

A) EPA;
B) Embolia polmonare;
C) Aritmia cardiaca;
D) Polmonite.

Valutare gravità della riacutizzazione:

A) Gravità della patologia di base;
B) Sintomi e segni di impegno respiratorio/emodinamico;
C) Esecuzione: RX torace, ECG, Emocromo, EGA.

Se segni o sintomi di insufficienza respiratoria acuta valutare necessità ricovero/terapia intensiva.

Iniziare trattamento farmacologico:

A) Broncodilatatori e CS (sistemici se già inetto tp con cs inalatori);
B) Antibiotici—> in base a necessità di ventilazione meccanica e classi di Anthonisen

Valutare sempre possibile infezione da P. Aeruginosa in base a recenti ricoveri, cicli con CS sistemici ad alte dosi, > 4 cicli di AB annui, FEV < 30%

Se esclusione P. Aeruginosa:

A) Amoxi/Clavulanato 1g ogni 8 ore;
B) Levofloxacina 500 mg / die (2° scelta)

Sospetto P. Aeruginosa:

A) Ciprofloxacina 500 mg x 2 vv/die
B) Levofloxavina 500 mg / die (2° scelta)
C) TP EV con: Ceftazidim / Piperacillina-Tazobactam (in base a gravità)

CONCLUSIONI

Questa Flow-Chart è stata redatta al fine di facilitare l'MMG nella diagnosi e nel trattamento precoci di riacutizzazioni di BPCO in ottica di una riduzione del numero di ospedalizzazioni.

BIBLIOGRAFIA

- American Thoracic Society. Chronic bronchitis, asthma, and pulmonary emphysema. A statement by Committee on Diagnosis Standards for Nontuberculous Respiratory Diseases. Am Rev Respire Dis 1962; 85:762.
- GOLD Guidelines 2022.

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

CANAGLIFOZIN: PROFILO DI SICUREZZA DEL FARMACO ED EVIDENZE ALLA LUCE DEGLI STUDI CANVAS E CREDENCE

Rosalia Corona - SNAMI MOLISE

INTRODUZIONE

Il Canaglifozin è un antidiabetico orale appartenente alla classe degli inibitori del trasportatore di membrana SGLUT2, responsabile del riassorbimento del 90% del glucosio filtrato a livello renale. Inibendo il riassorbimento di gran parte del glucosio, il farmaco ne permette la secrezione e l'eliminazione con le urine. Due trials: CANVAS e CREDENCE hanno tracciato il profilo rischi-benefici del Canaglifozin vs placebo in pz diabetici con malattie cardiovascolari e renali rispettivamente. Il farmaco ha dimostrato avere un effetto favorevole su numerosi markers metabolici: glicemia, pressione arteriosa, peso corporeo, acido urico, marcatori dell'infiammazione e dello stress ossidativo, microalbuminuria, disfunzione endoteliale ed alcuni componenti del profilo lipidico.

MATERIALI E METODI

Nello studio CANVAS sono stati arruolati 10.142 pazienti con TD2 con età media 63,3 anni, anamnesi per cardiopatia nel 65,6% dei casi ed alto rischio cardiovascolare. Sono stati seguiti per un follow up medio di 188,2 settimane. Il confronto è stato effettuato con il placebo.

Lo studio CREDENCE ha arruolato 4401 pazienti con TD2, malattia renale cronica e filtrato glomerulare (formula CKD-EPI) compreso fra 30 e 90 ml/min per 1,73 m2 (il 60% di essi con filtrato fra 30 e 60 ml/min) e macroalbuminuria (il rapporto albuminuria /creatinuria era compreso fra 300 e 5000 mg/g), tutti in terapia con ACE-Inibitori o Sartani. Il controllo è stato effettuato sempre con placebo.

RISULTATI

In entrambi gli studi CANVAS e CREDENCE, il Canaglifozin si è dimostrato efficace, in pz ad alto rischio di malattie cardiovascolari o con patologia renale albuminurica, sia nella riduzione di eventi cardiaci sia nella prevenzione che la progressione della malattia renale. I trials hanno evidenziato una diminuzione delle ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca e renale e, dunque, riduzione della mortalità dei pazienti con T2D rispetto ai gruppi di controllo. Tuttavia, nello studio CANVAS, ma non nello studio CREDENCE, è stato osservato un aumento del rischio di amputazione degli arti inferiori. Nei pazienti dello studio CANVAS, il gruppo trattato ha presentato un'incidenza di fratture del 4% in rapporto al 2,6% nel gruppo placebo.

CONCLUSIONI

Entrambi gli studi hanno mostrato un buon profilo di sicurezza nell'utilizzo di Canaglifozin, con comprovati benefici cardiovascolari e renali, non solo in pz in prevenzione primaria ma anche in quelli con patologia nota. I recenti risultati ottenuti dallo studio CREDENCE sulla patologia arteriosa periferica hanno, inoltre, portato l'FDA a rimuovere l'avvertenza emessa nel 2017.

BIBLIOGRAFIA

-https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30990260/ Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy
Vlado Perkovic 1, Meg J Jardine 1, Bruce Neal 1, Severine Bompoint 1, Hiddo J L Heerspink 1, David M Charytan 1, Robert Edwards 1, Rajiv Agarwal 1, George Bakris 1, Scott Bull 1, Christopher P Cannon 1, George Capuano 1, Pei-Ling Chu 1, Dick de Zeeuw 1, Tom Greene 1, Adeera Levin 1, Carol Pollock 1, David C Wheeler 1, Yshai Yavin 1, Hong Zhang 1, Bernard Zinman 1, Gary Meininger 1, Barry M Brenner 1, Kenneth W Mahaffey 1; CREDENCE Trial Investigators Collaborators, Affiliations expand PMID: 30990260 DOI: 10.1056/NEJMoa1811744
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28605608 Epub 2017 Jun 12. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes
Bruce Neal 1, Vlado Perkovic 1, Kenneth W Mahaffey 1, Dick de Zeeuw 1, Greg Fulcher 1, Ngozi Erondu 1, Wayne Shaw 1, Gordon Law 1, Mehul Desai 1, David R Matthews 1; CANVAS Program Collaborative Group Collaborators, Affiliations expand PMID: 28605608 DOI: 10.1056/NEJMoa1611925/

Scansionato con CamScanner

GESTIONE INTEGRATA NELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

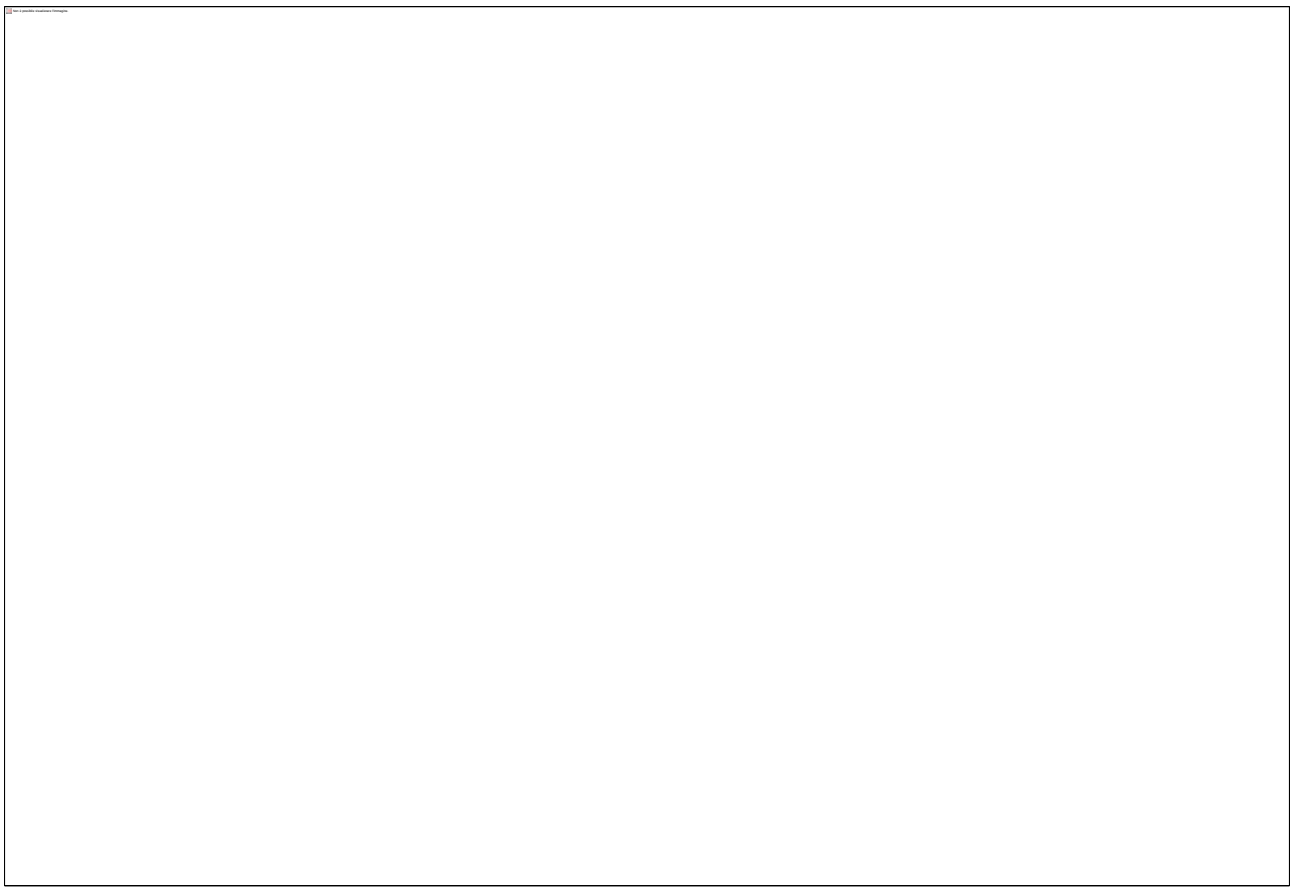
Dott.ssa Roberta Dellasanta

INTRODUZIONE

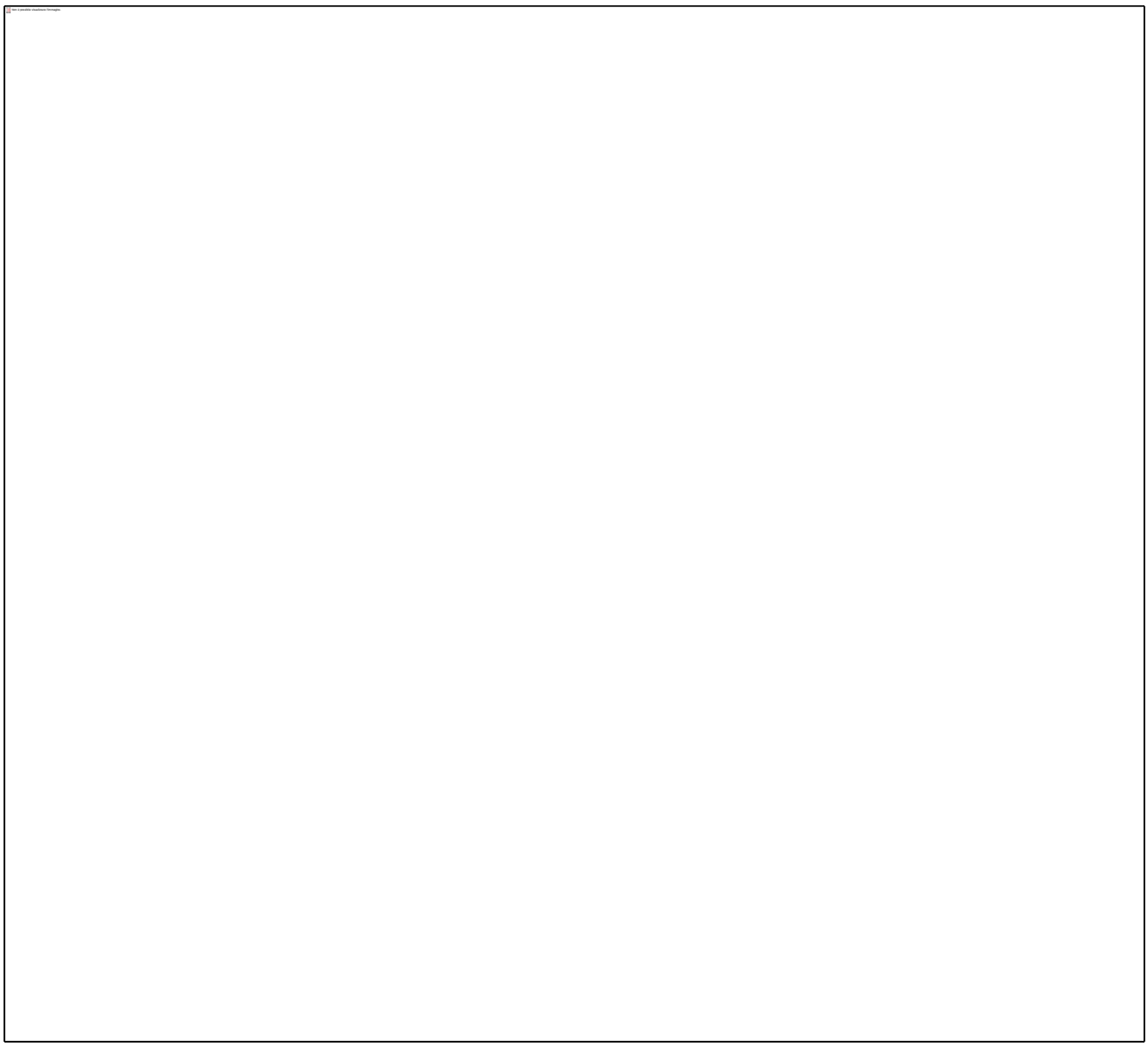
Lo scompenso cardiaco cronico (SC) costituisce un problema sanitario importante: in Italia si stima una prevalenza pari all'1,2%. La sua evoluzione è spesso caratterizzata da fasi stabili, fasi di lenta progressione e brusca instabilità, con sensibili ripercussioni sulla spesa sanitaria. Nel nostro paese, circa lo 0,2% dei casi di SC cronico è gestito in assistenza domiciliare, trattandosi di pazienti d'età avanzata ed in classe funzionale NYHA III o IV.

MATERIALI E METODI

La gestione integrata di pazienti affetti da SC cronico consiste in un programma di visite specialistiche cardiologiche domiciliari, comprensive di ECG ed ecocardiogramma, ed interventi di personale infermieristico su specifica richiesta del MMG. Il modello assistenziale integrato è centrato sulla figura dell' MMG, che ha il compito di valutare la necessità dell'intervento domiciliare dello specialista cardiologo dotato di adeguato supporto strumentale (elettrocardiografo+ecocardiografo portatile) e del personale infermieristico, attraverso un portale internet (eCARDIO), accessibile all'indirizzo www.ecardio.it. L'MMG segnala i dati anagrafici e le informazioni cliniche dei pazienti (data di nascita, indirizzo, codice fiscale e dati anamnestici) sul portale, poi contatta telefonicamente lo specialista cardiologo per un controllo domiciliare. Le visite



da parte del cardiologo sono previste in caso di dubbi diagnostici relativi alla presenza di dispnea e/o altri sintomi possibilmente correlati allo SC, in caso di aggravamento del paziente, per la gestione delle comorbilità o per la condivisione di scelte terapeutiche. Il cardiologo consulta il portale, poi procede alla stesura del suo referto consultabile dalle altre figure professionali coinvolte. L' MMG può allertare l'infermiere di comunità per successivi monitoraggi domiciliari del paziente (ossigenoterapia, parametri vitali, ecc) che saranno registrati sulla scheda informatizzata.



RISULTATI

Le richieste di prestazione inoltrate sono sia per prime visite di pazienti affetti da SC non afferenti all'ambulatorio dello scompenso cardiaco per età avanzata, presenza di co-patologie o per situazione socioeconomica e per l' aggravamento di casi di SC congestizio per scarsa compliance alla terapia e/o per recenti eventi infiammatori broncopolmonari. Nella maggior parte dei casi è necessario implementare la terapia diuretica.

CONCLUSIONI

L'MMG è stato identificato come il "case manager" cui spettano i compiti di prevenzione, diagnosi, terapia, follow up ed assistenza domiciliare, nonché educazione del paziente e dei suoi famigliari.

Grazie a questo database, strumento informatico flessibile e condiviso con altre figure , si potrà seguire una popolazione di pazienti affetti SC cronico che per varie ragioni non hanno accesso alle strutture cardiologiche ospedaliere.

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

LA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Dott. M. Di Michele

INTRODUZIONE

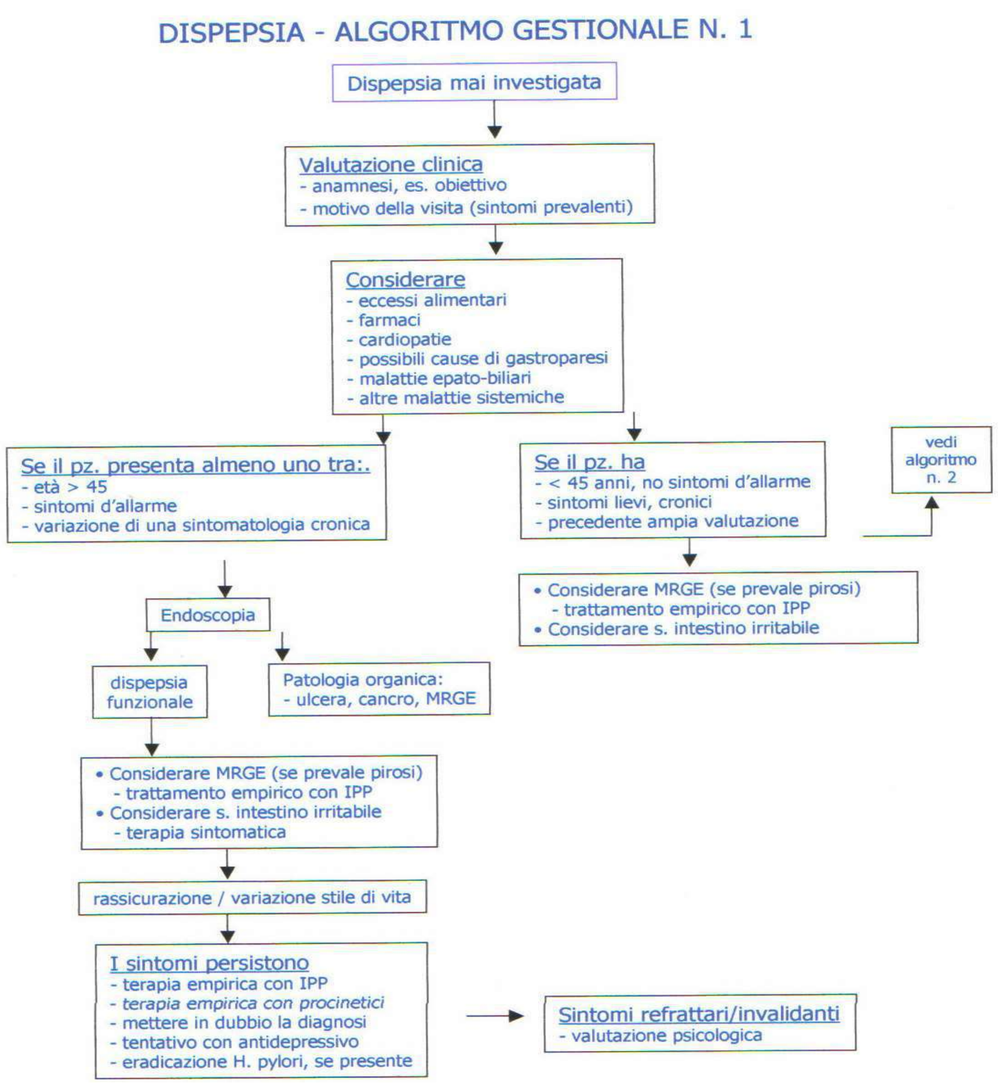
Per Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo (MRGE oppure GERD) si intende un complesso di sintomi aventi come determinante patogenetico il fenomeno del reflusso, cioè il passaggio di una parte del contenuto gastrico in esofago, con conseguente azione irritativa sulla sua mucosa; è una patologia frequente nella popolazione, molto fastidiosa e ansiogena per il paziente benchè generalmente benigna (solo raramente può condurre a patologie più gravi, se non trattata adeguatamente).

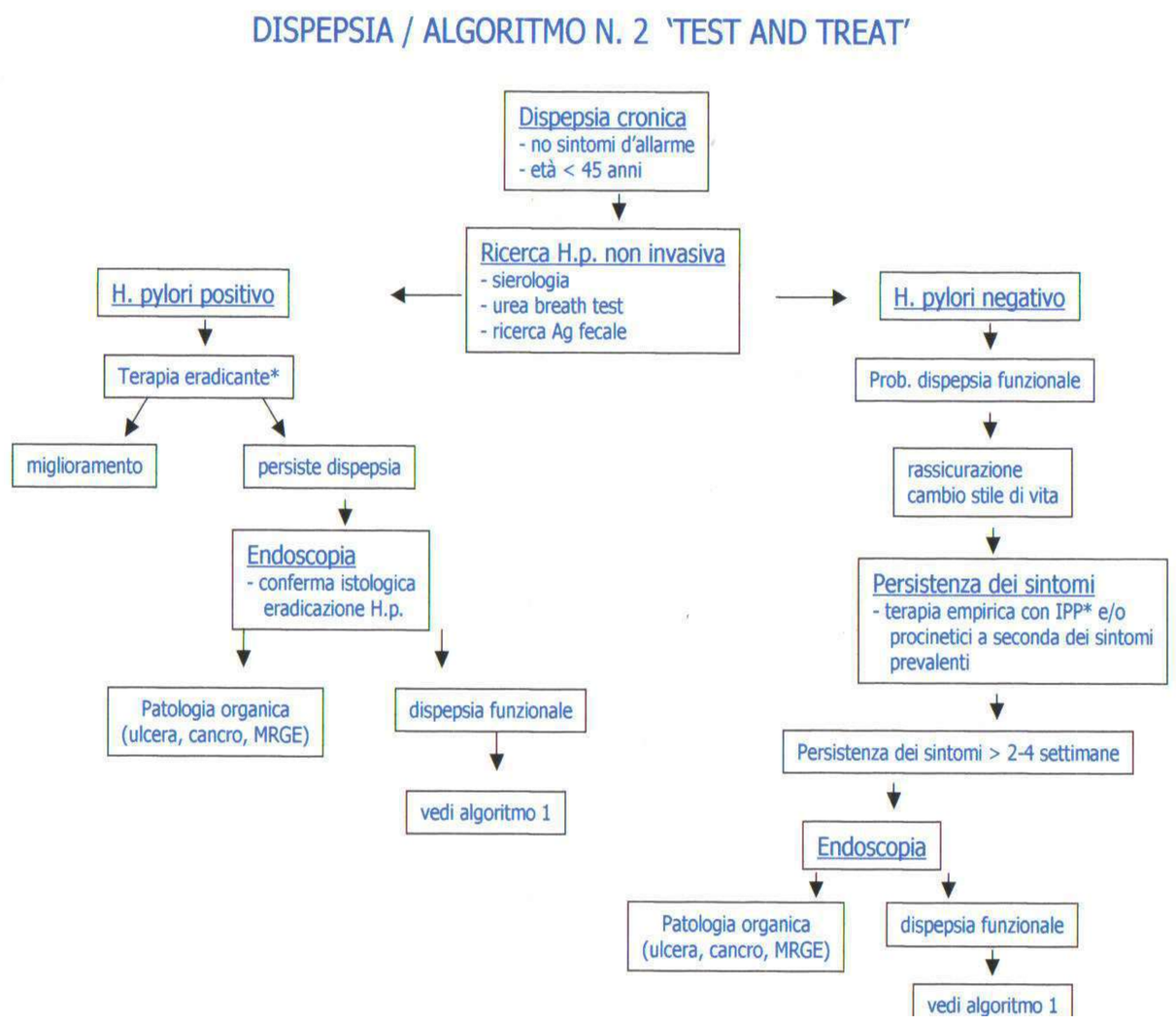
Si può descrivere la MRGE con un modello epidemiologico ad "Iceberg" nel quale la maggior parte dei soggetti ha solo sintomi lievi o sporadici, non si rivolge al medico e rimane, quindi, sommersa. La porzione intermedia dell'iceberg rappresenta il gruppo con reflusso senza complicanze, ma con una sintomatologia più o meno intensa e persistente, tanto da richiedere in genere un trattamento medico. La punta dell'iceberg, infine, e' composta dai pazienti con complicanze che richiedono una terapia più aggressiva

Nella MRGE distinguiamo: sintomi **TIPICI** altamente specifici (la pirosi retrosternale ed il rigurgito) e sintomi cosiddetti **ATIPICI** (diretti ed indiretti) che possono interessare sia l'esofago (dolore toracico non-cardiaco) che il distretto oro-faringeo (disfagia, raucedine) e le vie aeree (tosse secca, crisi asmatiche).

La dispepsia associata alla MRGE ha un'elevata prevalenza in tutto il mondo occidentale. Fino al 5% delle visite nell'ambulatorio del MMG sono dovute a questo problema , ma l'impatto economico è assai maggiore se si pensa che solo ¼ dei dispeptici si rivolge al medico, mentre la grande maggioranza di pazienti ricorre all'autoprescrizione.

METODI





CONCLUSIONI

Come si può notare l'approccio alla MRGE può essere diversificato, ribadendo l'importanza rappresentata dal quadro sintomatologico nel tentativo di distinguere tra una forma organica ed una funzionale, l'anamnesi dovrebbe tendere ad identificare qual è il sintomo prevalente, approfondendo le caratteristiche temporali dei sintomi (lunga durata o esordio recente), le caratteristiche e la sede del dolore, se presente, e le comorbilità garantendo un inquadramento ottimale, un trattamento corretto ed efficace, senza ricorrere ad accertamenti dispendiosi e spesso inutili.

BIBLIOGRAFIA

www. aifa.gov.it/nota-48
www.msdmanuals.com
J. Larry Jameson et all.- Harrison Principi di Medicina interna -XX edizione -Casa Editrice Ambrosiana 2021
www.simg.it
M. Bisozzi ,R. De Bastiani et all. - La gestione condivisa dei sintomi da reflusso gastroesofageo in 10 assiomi - Edra
V.Forte , C. Vito – Medicina Generale e Cure Primarie – Edises
Sieisenger & Fordtran's, Gastrointestinal and Liver Disease , 2002

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

Dislipidemia: controllo dei valori di C-LDL in prevenzione primaria

Diletta Durofil

Introduzione

Il controllo dei valori di colesterolo LDL è un fattore importante nella prevenzione primaria e secondaria degli eventi cardiovascolari.
Per valutare tale fattore di rischio cardiovascolare in *prevenzione primaria* si procede attraverso un'attenta anamnesi, un esame obiettivo, degli esami di laboratorio e strumentali; infine si valuta il rischio cardiovascolare del paziente, in modo da ottenere il target di LDL da raggiungere, in modo da impostare la terapia corretta per il controllo di tale fattore di rischio.

Materiali e metodi

Anamnesi
- Storia familiare di ipercolesterolemia ed età d'esordio (Dutch Lipid Clinic Network per forme di ipercolesterolemia familiare)
- Forme iatrogene/secondarie: farmaci assunti e patologie che potrebbero impattare sul livello di LDL
- Storia familiare di eventi cardiovascolari
- Fattori personali e patologie che possono aumentare il rischio cardiovascolare, indipendentemente dal livello delle LDL: artrite reumatoide, LES, IRC, obesità, OSAS, depressione, ansia, vita sedentaria, isolamento sociale, deprivazione, basso livello d'istruzione

Esame obiettivo
- Presenza xantomi o arco corneale precoce (ipercolesterolemia familiare)
- Soffi valvolari/vascolari, iposfigmia, assenza polsi periferici

Esami bioumorali
- Routine: colesterolo, trigliceridi, HDL, LDL
- Proteina C reattiva: fenomeni infiammatori/infettivi, che possono aumentare il rischio CV
- Lipoproteina A
- Glicemia, creatinina, proteinuria, valutazione funzionalità tiroidea ed epatica: valutare forme secondarie di ipercolesterolemia

Esami strumentali
Escludere malattia aterosclerotica conclamata → ! prevenzione secondaria, non più utilizzabili carte per calcolo del rischio cardiovascolare
- Ecografia tronchi sovraortici: presenza placche o ispessimento medio-intimale
- Calcio coronarico e angiografia coronarica con tomografia computerizzata

Risultati

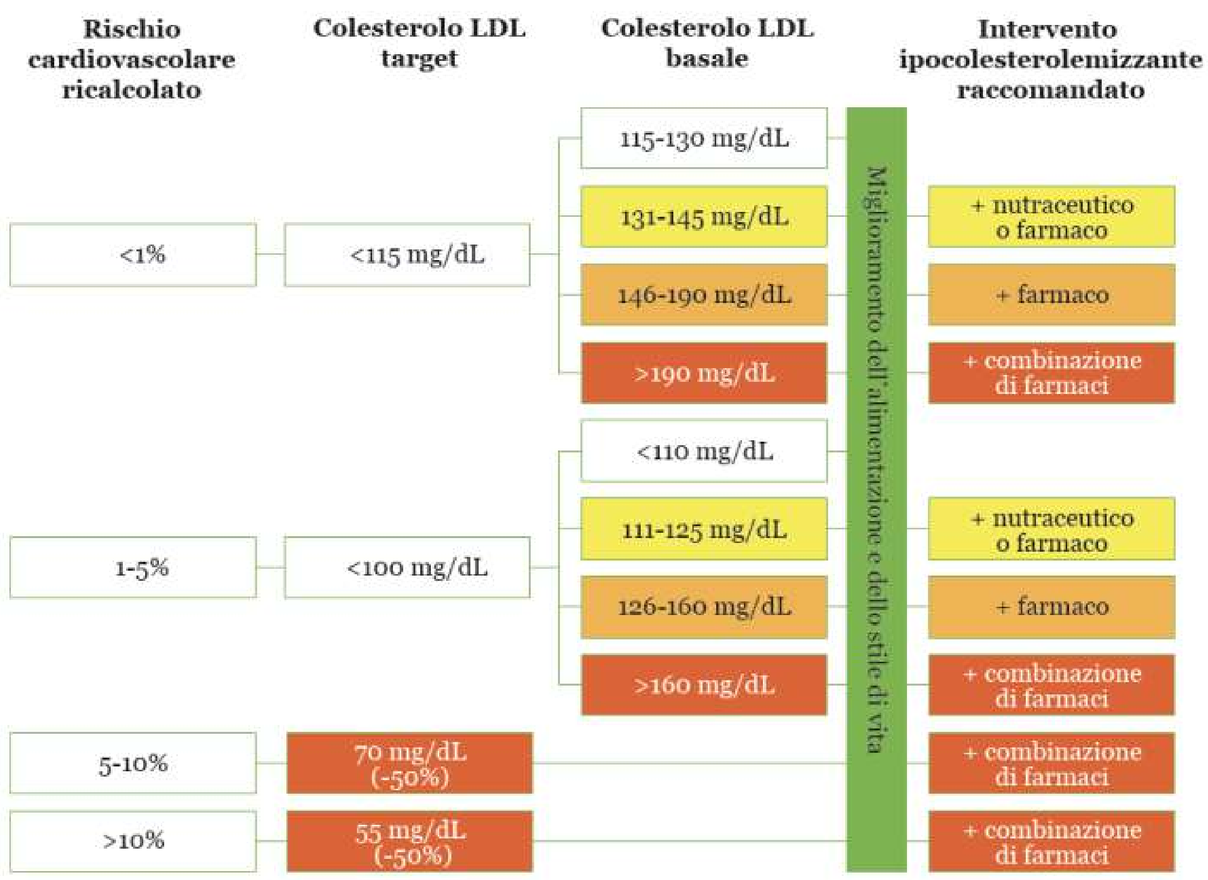
Calcolo del rischio cardiovascolare (Systematic Coronary Risk Estimation *SCORE* + fattori aggiuntivi) ⇨ Identificazione del target c-LDL e della distanza tra il valore basale ed il target stesso

Rischio particolarmente elevato	• Precedente sindrome coronarica acuta, seguita da ulteriore evento cardiovascolare entro 2 anni	C-LDL **<40 mg/dl**
Rischio molto elevato	• Malattia cardiovascolare documentata: sindrome coronarica acuta, angina instabile, rivascolarizzazione coronarica, ictus o attacco ischemico transitorio, arteriopatia periferica; placca rilevante alla coronarografia o alla TC o all'ecografia carotidea • Diabete mellito con danno d'organo (microalbuminuria, retinopatia, neuropatia) o almeno 3 fattori di rischio cardiovascolari; diabete mellito di tipo 1 comparso precocemente e presente da >20 anni • Nefropatia cronica severe (eGFR <30 ml/min/1,73 m²) • Rischio a 10 anni di malattia cardiovascolare fatale calcolato con il sistema SCORE ≥10% • Ipercolesterolemia familiare con ASCVD o an altro fattore di rischio cardiovascolare	Riduzione C-LDL≥ 50% rispetto al basale e livelli target di C-LDL **<55 mg/dl**
Rischio alto	• Singoli fattori di rischio particolarmente elevati, come C-totale >310 mg/dl, C-LDL >190 mg/dl o pressione arteriosa >= 180/110 mmHg • Ipercolesterolemia familiare senza altri fattori di rischio cardiovascolare • Diabete mellito senza danno d'organo, ma presente da almeno 10 anni o in concomitanza con un altro fattore di rischio CV • Nefropatia cronica severe (eGFR 30-59 ml/min/1,73 m²) • Rischio a 10 anni di malattia cardiovascolare fatale calcolato con il sistema SCORE 5-10%	Riduzione C-LDL≥ 50% rispetto al basale e livelli target di C-LDL **<70 mg/dl**
Rischio moderato	• Diabete mellito in soggetti giovani (diabete di tipo 1 <35 anni, di tipo 2 <50 anni), presente >10 anni e in assenza di altri fattori di rischio • Rischio a 10 anni di malattia cardiovascolare fatale calcolato con il sistema SCORE 1-5%	C-LDL **<100 mg/dl**
Rischio basso	• Rischio a 10 anni di malattia cardiovascolare fatale calcolato con il sistema SCORE <1%	C-LDL **<116 mg/dl**

Conclusioni

Approccio terapeutico comportamentale
- Alimentazione: riduzione c-LDL fino 20%
- Stile di vita

Approccio terapeutico farmacologico
- *Statina*
- *Ezetimibe*; è più vantaggioso l'impiego della terapia di combinazione statina-ezetimibe, piuttosto che raddoppiare la dose iniziale di statina
- *Acido bempedoico* →! PT specialistico
- Inibitori della proproteina della convertasi subtilisina/kexina di tipo 9 (*PCSK9-I*) →! PT specialistico



Bibliografia

- Marcello Arca, Stefania Angela Di Fusco; Dislipidemia: i nuovi target e importanza delle terapie di associazione
- Andrea Poli et al.; LDL-cholesterol control in the primary prevention of cardiovascular diseases: An expert opinion for clinicians and health professionals

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dottoressa Doriana Franciosi
CFSMG Emilia Romagna, Ferrara - Medico incaricato temporaneo Medicina Generale AUSL Ferrara

SCOPO DEL LAVORO:
Formulare un PDTA per l'insufficienza renale cronica volto alla gestione territoriale e al minor rischio di complicanze ed ospedalizzazione che abbracci trasversalmente diverse figure sanitarie (Medico di Medicina Generale, Medico Specialista nefrologo, Infermiere di Comunità e Famiglia, Infermiere ADI, Dietista).

MATERIALI E METODI:
Sono state consultate le linee guida KIDGO e diversi PDTA regionali.

INTRODUZIONE:

La malattia renale cronica è data dalla presenza di anomalie renali funzionali o strutturali persistenti (>3mesi). Nel mondo è affetto circa un 10% della popolazione, in Italia 7%.

CAUSE:

Diabete, ipertensione arteriosa, obesità, glomerulopatie, malattie genetiche, infezioni recidivanti del rene o delle vie urinarie, malattie sistemiche (es. malattie autoimmuni, reumatiche, vasculiti), consumo di farmaci nefrotossici.
Si distinguono pazienti *slow progressor* e *fast progressor:* diagnosi precoce, percorsi diagnostici terapeutici tempestivi ed aderenza alle terapie influenzano l'appartenenza alle due classi.

Classificazione MRC e stratificazione del rischio secondo la Classificazione KDIGO

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012

GFR categories (ml/min per 1.73 m²) Description and range				Persistent albuminuria categories Description and range: A1 Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	A2 Moderately increased 30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	A3 Severely increased >300 mg/g >30 mg/mmol
	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green, low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow, moderately increased risk; orange, high risk; red, very high risk.

PROPOSTE:
- A partire dallo stadio 3A: controllo a 6 mesi della funzionalità renale nei pazienti NAO, abbattimento dell'uso dei farmaci nefrotossici in particolar modo FANS.
- Rivalutare l'utilizzo dei NAO nei pazienti con e-GFR <30 mL/min (soprattutto negli anziani, che per età hanno una riserva di funzionalità renale diminuita, il cui uso a lungo termine potrebbe essere marcatamente incidente nella prognosi quoad vitam.
- Nei pazienti ADI, o non deambulabili, controllo della PA mensilmente tramite infermiere ADI o Infermiere di Comunità e Famiglia.
- Negli stadi 4 e 5, di pertinenza specialistica, co-gestione del paziente che per ogni variazione di terapia deve e può far riferimento al proprio MMG.
- L'utilizzo del MDC deve essere effettuato sotto stretta sorveglianza e motivato ragionevolmente.
- La possibilità anche da parte del MMG di utilizzare farmaci per ripristinare l'equilibrio elettrolitico (es. Kayexalate).
- Allo stadio 3B, inviare i pazienti al dietista con controlli trimestrali di peso corporeo e PA e controlli semestrali ematochimici.
- Inserire codici RAO di priorità per stabilire invio e controllo MMG e Nefrologo.
- Introdurre compiti e funzioni precise e specifiche dell'Infermiere di Famiglia e Comunità o ADI che può essere sorvegliante e attore di cura insieme al MMG.
- Utilizzo della Telemedicina come mezzo di monitoraggio e controllo della cronicità.

PROSPETTIVE/ASPETTATIVE:

La gestione trasversale così illustrata può essere un valido strumento per il management dell'Insufficienza Renale Cronica, migliorando la qualità di cura ed aspettativa di vita del paziente.

BIBLIOGRAFIA

PDTA MRC Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.
PDTA MRC Regione Emilia Romagna.
PDTA MRC Regione Toscana. PDTA MRC Azienda Sanitaria Provinciale Reggio Calabria.
PDTA MRC Regione Lombardia.
PDTA MRC Regione Veneto.
Rocco Manganelli , Serena Manganelli , Salvatore Iannaccone, Walter De Simone - Gestione dei farmaci antireumatici nell'insufficienza renale. G Ital Nefrol 2015; 32 (6) – ISSN 1724-5590 – © 2015 Società Italiana di Nefrologia
Ministero della Salute, Linee Guida n.23 «Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto», Sistema Nazionale per le linee guida SNLG. Pub. Gennaio 2012 – Aggiornamento: gennaio 2015:19.24
KIDGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease
KIDGO 2021 Clinical Practice Guidelinefor the Management of Blood Pressur in Chronic Kidney Disease
KIDGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease
https://www.forumsalute.it/malattia-renale-cronica-linee-guida-per-le-cure-primarie.html

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

La casa come primo luogo di cura
ASSISTENZA DOMICILIARE

Paziente anziano con decadimento fisico e/o cognitivo

Dott. Hamid Zariate

DEFINIZIONE:

Insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico erogati a domicilio del paziente

OBIETTIVI:

- Cura della persona e stabilizzazione del quadro clinico
- Limitare declino funzionale
- Continuità assistenziale
- Prevenzione dei ricoveri impropri
- Educazione terapeutica del paziente e supporto al **caregiver**

FIGURE COINVOLTE:

- MMG
- Medici specialisti
- Infermieri
- Psicologi
- OSS
- FKT
- Assistenti sociali

FORME DI EROGAZIONE:

- ADI
- ADP
- SID
- ADI-UOCP
- SRD-RRF
- SRD-NPI
- LA

PRESUPPOSTI PER L'ATTIVAZIONE:

1. Presa in carico da parte di MMG o Distretto
2. Consenso informato
3. Supporto famigliare
4. Idonea condizione abitativa
5. Compatibilità delle cond. cliniche con permanenza a domicilio

MMG: primo responsabile clinico del paziente

Per ogni paziente: elaborazione di un PAI

COT: Centrale Operativa Territoriale:

Punto di integrazione socio-sanitaria, raccoglie tutta la domanda di domiciliarità proveniente dal territorio. Attiva 12 h/die

FUNZIONI:

- Coordinamento della presa in carico del paziente
- Raccordo tra professionisti e servizi coinvolti
- Tracciamento e monitoraggio delle transazioni tra luoghi di cura
- Supporto informativo e logistico
- Raccolta e gestione dati di salute (telemedicina, PIC...)
- Raccolta richieste di cure domiciliari
- Attivazione dei percorsi sociosanitari entro 48h
- Coordinamento delle dimissioni difficili
- Rapporto con Servizi Sociali e Ospedalieri

UCA: Unità di Continuità Assistenziale:

Èquipe mobile distrettuale, garantisce la gestione ed il supporto della presa in carico di individui/comunità in condizioni clinico-assistenziali complesse.

1 UCA = 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti

FUNZIONI:

- Dimissioni difficili
- Supporto all'assistenza domiciliare in caso di instabilità clinica
- Presa in carico/follow-up del paziente in corso di focolai epidemici
- Programmi di prevenzione territoriale (coordinamento con SISP: vaccinazione, ondate di calore..)

Bibliografia:

https://www.quotidianosanita.it
https://www.aslbi.piemonte.it
https://www.regione.piemonte.it

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO 2023 ISOLA DELLE FEMMINE | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

LA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA: ESEMPIO DI GESTIONE DI UNA CRONICITA' AGLI ESORDI DELLA NUOVA MEDICINA DEL TERRITORIO, SECONDO IL D.M. 77 DEL 23/05/2022

Dott.ssa Giada Ivaldi, SNAMI CA Asti

Introduzione

Con il termine di lombalgia si intende una condizione clinica di dolore, tensione muscolare e rigidità interessante la zona dal margine costale della XII costa al solco gluteo, con o senza irradiazione alla gamba.

La durata di tale sintomatologia caratterizza una condizione acuta (< 6 settimane) o cronica (6 settimane-3 mesi).

La causa è da riscontrarsi in fattori non specifici nella maggior parte dei casi (90%) o specifici (*ernie, fratture osteoporotiche, malattie reumatologiche, cancro, spondiloartropatia, e altro*).

Scopo dello studio

L'obiettivo del presente lavoro è definire un percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti affetti da lombalgia, basato sull'evidenza clinica e finalizzato a garantire al paziente l'accesso alle cure appropriate evitando l'ospedalizzazione, razionalizzando le risorse sanitarie e ottimizzando l'outcome terapeutico.

E' questa, infatti, una cronicità che necessita di interventi sanitari ed assistenziali complessi che coinvolgono più attori, con importante dispendio di risorse economiche e perdita di giorni di lavoro.

65,5% incidenza lombalgia nella popolazione
29,5% delle diagnosi di certificato di malattia INPS per giustificare l'assenza sul posto di lavoro

MMG e Case di Comunità

E' il primo livello di intervento che il paziente incontra nel suo accesso alle cure. Il MMG compie, grazie all'anamnesi ed all'esame clinico, un'attività di triage essenziale per evidenziare eventuali *red flags*, meritevoli di un percorso dedicato urgente, escludendo altre cause e formulando così il sospetto diagnostico. In assenza di sospetti gravi, entro 4-6 settimane non è necessario ricorrere alla diagnostica, poiché il 90% delle lombalgie a questo stadio andrà a risolversi spontaneamente.

Infermiere della Casa di Comunità
Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Se il dolore e la limitazione funzionale sono importanti possono essere consigliati farmaci sintomatici, quali *Paracetamolo* e *FANS*, al più basso dosaggio efficace. In questo contesto, il personale infermieristico può essere coinvolto nella somministrazione dei farmaci. L'uso dei *miorilassanti* è consuetudine ma è ancora controverso. L'efficacia dei *corticosteroidi* è, invece, confermata nelle condizioni di radicolopatia per riconosciuta presenza di infiammazione alla base della radice nervosa.

Ospedale di Comunità

Per pazienti fragili, con particolari necessità assistenziali o in assenza di caregiver, è auspicabile una degenza breve presso i nascenti Ospedali di Comunità. In essi, il paziente con lombalgia potrà, inoltre, intraprendere un percorso fisiatrico riabilitativo e fisioterapico.

Percorsi specialistici

In caso di mancata risoluzione entro 4-6 settimane, o di presenza di *red flags*, è nuovamente compito dell'MMG indirizzare il paziente verso la più idonea presa in carico specialistica:

- Trattamento farmacologico superiore (II e III gradino OMS): *codeina, tramadolo, morfina, idromorfone, ossicodone, tapentadolo, fentanyl, buprenorfina* ma anche *antidepressivi, antiepilettici, benzodiazepine*
- Ematochimici: *VES, PCR, CCK*
- Diagnostica strumentale:
  - -Radiografia rachide lombare in AP e LL;
  - -RM indicata in caso di radicolopatia refrattaria, deficit motorio focale, mielopatia, sospette metastasi o tumori, osteomielite, discite, ascessi spinali
  - -TC indicata in caso di controllo post-operatorio, sospetto clinico di frattura non evidente alla radiologia convenzionale, follow up di frattura, controindicazioni alla RM
  - -Elettromiografia in caso di dubbia alterazione radicolare
- Valutazione fisiatrica e riabilitazione fisioterapica: nei casi di lombalgia cronica o ricorrente
- Ambulatorio di terapia antalgica: percorsi terapeutici mininvasivi (blocchi antalgici, radiofrequenza)
- Approccio chirurgico e neurochirurgico: percorsi terapeutici invasivi avanzati (epidurolisi farmacologica, radiofrequenza pulsata, neuromodulazione spinale elettrica e farmacologica, stimolazione gangliare)
- Cure palliative territoriali

BIBLIOGRAFIA

Di Fazio B, Bonaffini PA, Valle C, Piccin E, Bandini C, Cosentini R, Sironi S, ACUTE LOW BACK PAIN FROM EXTRA-AXIAL/ABDOMINAL CAUSES, 2022
Bakri J, Gazzola B, Borin R, Trabucchi M, GLI OSPEDALI DI COMUNITA': PROPOSTA DI MODELLO ORGANIZZATIVO, Psicogeriatria 2022-1
Brambilla A, Maciocco G, DALLE CASE DELLA SALUTE ALLE CASE DELLA COMUNITA', 2022, Carocci Editore
Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen J, Zundert JV, Cohen SP, LOW BACK PAIN, Lancet 2021; 398: 78-92
AGE.NA.S Guglielmi E, Fella D, Padovano P, IL DOLORE CRONICO IN MEDICINA GENERALE – MINISTERO DELLA SALUTE 2013
G.U. 144 del 22/06/2022 MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE All.1
ASL TO4 PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE CON LOW BACK PAIN Determinazione Direzione Sanità Regione Piemonte num. 80 del 31/12/2014
ISTAT, SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO 12/2014

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

Canagliflozin e beneficio cardio-renale

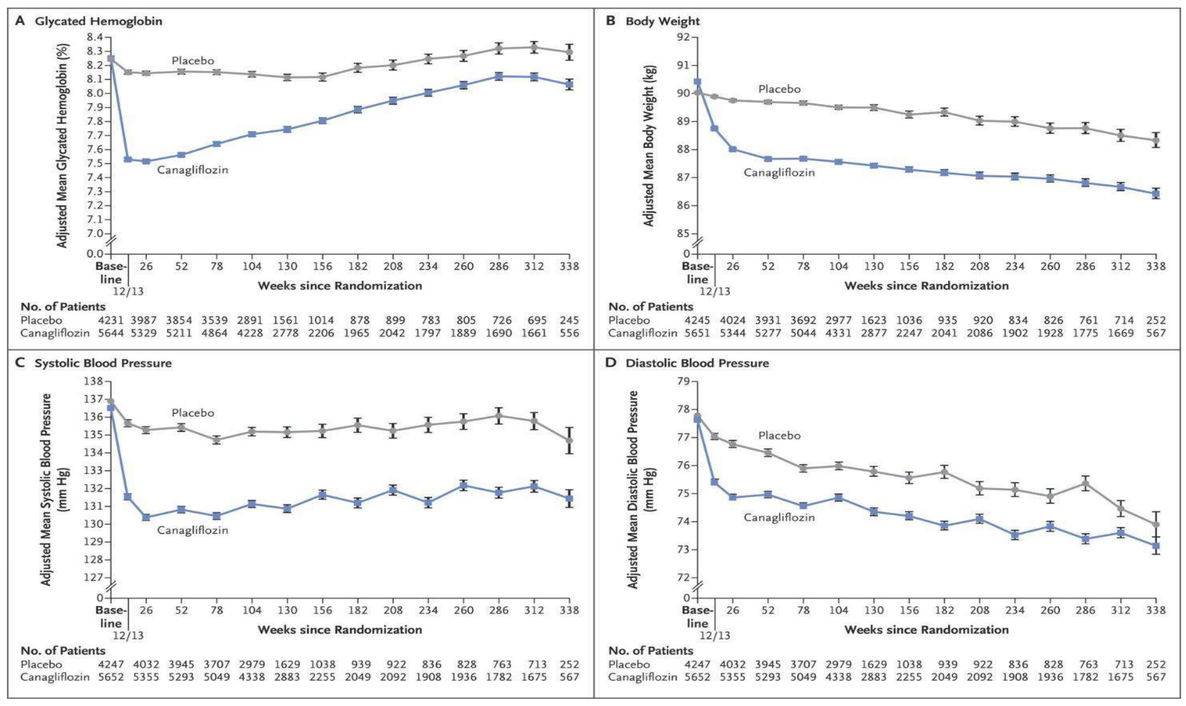
Mariagrazia Iafigliola[1]
[1]SNAMI Molise

Introduzione: Il Canagliflozin, inibitore del co-trasportatore sodio-glucosio 2, è stato oggetto degli studi CANVAS e CREDENCE nella valutazione degli outcome cardiovascolare e renale.

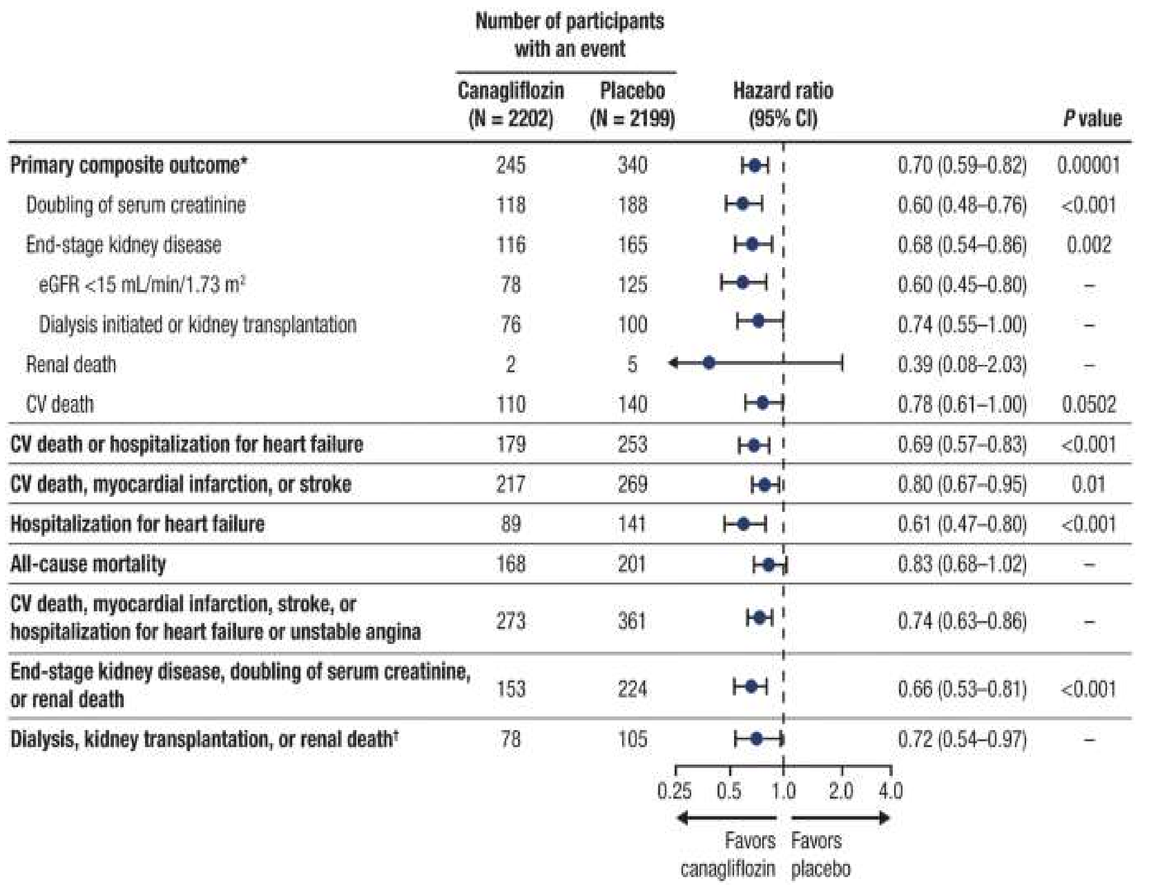
Materiali e Metodi: CANVAS ha seguito 10.142 pazienti per una media di 188 settimane. L'età media dei partecipanti è di 63,3 anni (35,8% donne), il 65,6% ha patologie cardiovascolari. La durata media del diabete tipo 2 (DT2) è di 13,5 anni. L'HbA_{1c} di base è all'8,2%. Considerando il meccanismo d'azione del farmaco, è stato necessario avere un eGFR di oltre 30 ml/min/1,73 m^2. I pazienti sono stati randomizzati a Canagliflozin o placebo.
CREDENCE ha reclutato 4.401 pazienti di età media pari a 63 anni (33,9% donne), durata media del DT2 15,8 anni, follow-up mediano di 2,62 anni, HbA_{1c} di base 8,3%, malattia renale cronica e filtrato glomerulare stimato medio 56,2 ml/min (formula CKD-EPI) e macroalbuminuria (rapporto albuminuria creatinuria [RAC] medio 927 mg/g), in terapia con ACE-I o sartano, randomizzati a ricevere Canagliflozin o placebo. Lo studio è stato interrotto precocemente per la chiara evidenza del beneficio legato al trattamento.

Risultati

CANVAS mostra un vantaggio del Canagliflozin sulla progressione dell'albuminuria (hazard ratio di 0.73) evitando la riduzione della filtrazione glomerulare (GFR), la necessità di terapia sostitutiva renale o il decesso per cause renali (HR di 0.60). L'HbA_{1c} è scesa in media dello 0,58%. Si sono rilevate riduzioni ponderali (-1,6 kg) e della pressione sistolica (3,9 mmHg; p<0,001). L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco è significativamente ridotta (HR 0,67).



CREDENCE mostra una riduzione dell'outcome primario composito con l'uso del Canagliflozin (HR 0,70; p=0,00001). Nell'analisi per sottogruppi i benefici risultano maggiormente significativi nei pazienti con GFR inferiore a 60 ml/min e in quelli con RAC>1000 mg/g. Si è riscontrata un'incidenza minore dell'outcome secondario composito morte CV e ospedalizzazione per scompenso cardiaco (HR 0,69; p<0,001), dell'outcome secondario composito morte CV, IM e ictus ischemico (HR 0,80; p=0,01) e dell'outcome ospedalizzazione per scompenso cardiaco (HR 0,61; p <0,001).
I pazienti nel gruppo Canagliflozin mostrano livelli inferiori di HbA_{1c} (-0,25%), pressione sistolica (-3,3 mmHg), pressione diastolica (-0,95 mmHg) e peso corporeo (-0,80 kg). Presentano, inoltre, una riduzione media del 31% dei livelli di RAC rispetto al gruppo placebo e un rallentamento nel declino del GFR stimato.



Conclusioni: Gli studi confermano che i pazienti con DT2 trattati con Canagliflozin hanno mostrato un minore rischio di eventi cardiovascolari e renali rispetto al gruppo placebo.

BIBLIOGRAFIA

Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. Bruce Neal, M.B., Ch.B., Ph.D., Vlado Perkovic, M.B., B.S., Ph.D., Kenneth W. Mahaffey, M.D., Dick de Zeeuw, M.D., Ph.D., Greg Fulcher, M.D., Ngozi Erondu, M.D., Ph.D., Wayne Shaw, D.S.L., Gordon Law, Ph.D., Mehul Desai, M.D., and David R. Matthews, D.Phil., B.M., B.Ch. for the CANVAS Program Collaborative Group.
Kruger, D., Valentine, V. Canagliflozin for the Treatment of Diabetic Kidney Disease and Implications for Clinical Practice: A Narrative Review. Diabetes Ther 11, 1237–1250 (2020).
Effects of canagliflozin on anaemia in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: a post-hoc analysis from the CREDENCE trial Megumi Oshima, MD; Brendon L Neuen, MBBS; Meg J Jardine, MBBS; Prof George Bakris, MD; Robert Edwards, MPH; Prof Adeera Levin, MD; Prof Kenneth W Mahaffey, MD; Prof Bruce Neal, MBChB; Prof Carol Pollock, MBBS; Norman Rosenthal, MD; Prof Takashi Wada, MD; Prof David C Wheeler, MD; Prof Vlado Perkovic, MBBS; Prof Hiddo J L Heerspink, PhD.

Il Diabete Mellito: nuovi PDTA nella nuova Medicina Generale

Lorusso M.P.
Medico di Medicina Generale, ASL BA, Italy.

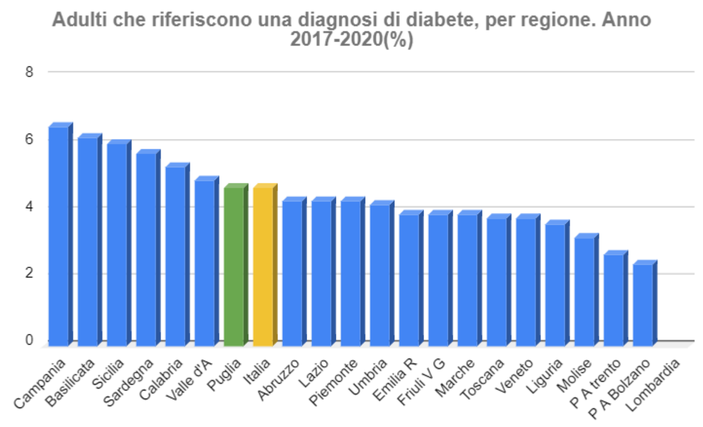
Introduzione

In Italia, secondo i dati ISTAT, il Diabete Mellito (DM) colpisce circa 4 milioni di cittadini. Dai dati del sistema di sorveglianza PASSI, relativi al quadriennio 2017-2020 emerge che il 4,7% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete; la percentuale sale al 20% negli ultra 65enni. Per l'alta incidenza, che presenta ormai da qualche anno un trend in crescita e per il suo andamento cronico-evolutivo il diabete assorbe numerose risorse economiche e sociali e pertanto la gestione dei suoi effetti collaterali e soprattutto il rallentamento delle manifestazioni evolutive di questa malattia dovrebbero essere i principali obiettivi della sanità moderna. Per caratteristiche organizzative e per la capillarità di diffusione è compito della medicina generale prendere in carico i pazienti affetti da questa patologia accompagnandoli in appositi PDTA creati in funzione della nuova organizzazione della medicina generale.

Metodi

Il PDTA del diabete si configura quale strumento che disciplina gli interventi della medicina generale rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura di questa malattia, con l'obiettivo di migliorare processi ed esiti della cura di questa patologia. Il percorso del paziente affetto da DM all'interno delle nuove AFT consta delle seguenti fasi:

1. Diagnosi
2. Inquadramento clinico, educazionale, Terapeutico
3. Follow-up
4. Invio allo specialista in caso di peggioramento e\o complicanze

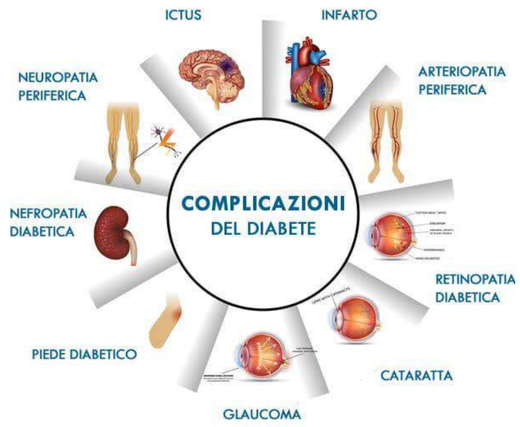


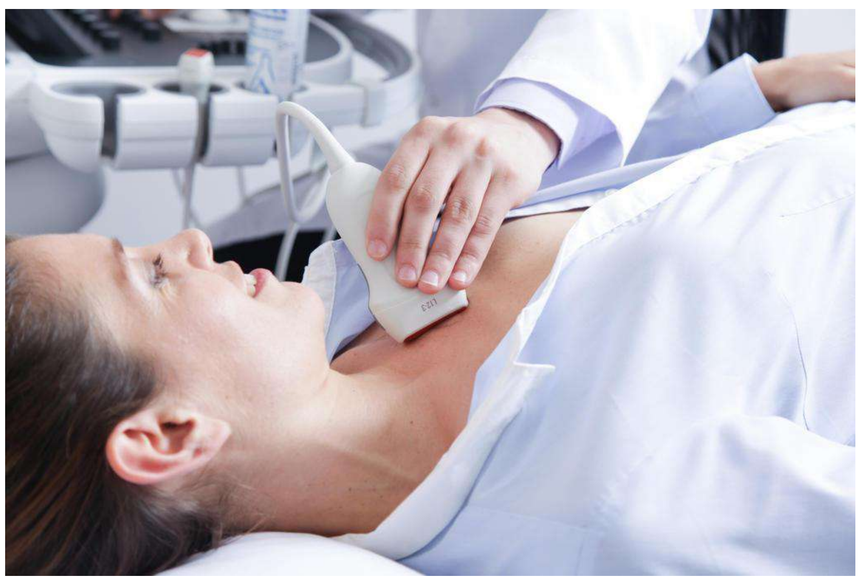
Epicentro. Regione Puglia

Risultati

La maggior parte del PDTA si svolgerà all'interno dell'AFT di appartenenza del paziente. Ciò garantisce sia una gestione diretta e più accurata di tutto il processo da parte del medico di medicina generale, sia una più veloce conclusione del PDTA da parte del paziente.

1. Diagnosi: il MMG in caso di sospetto di DM prescriverà gli esami previsti dalle linee guida nazionali e a mezzo del proprio Infermiere di Studio effettuerà i prelievi previsti. Quest'ultimi verranno analizzati dal laboratorio di riferimento della ASL. In caso di conferma di diagnosi lo stesso MMG emetterà esenzione per patologia con conseguente equo riconoscimento da parte dell'azienda sanitaria in favore del MMG per ogni paziente diagnosticato.
2. Inquadramento clinico, educazionale, Terapeutico: effettuata la diagnosi il MMG prescriverà la dovuta terapia e programmerà l'esecuzione di ECG, Ecografia dei Tronchi sovraortici all'interno dell' AFT di riferimento. Il paziente sarà inoltre affidato ad un Nutrizionista ed un Educatore Alimentare afferente l'AFT per imparare ad applicare una corretta igiene alimentare e degli stili di vita migliorativi.
3. Follow-up: a 3 mesi dalla prima diagnosi e successivamente annualmente il collaboratore di Studio convocherà I pazienti affetti da diabete per l'esecuzione degli esami previsti. In caso di un miglioramento degli indici di rischio di almeno il 30% il MMG riceverà un grant da parte dell' azienda sanitaria.
4. In caso di complicanze e\o patologie refrattarie alla terapia impostata dal MMG, il paziente sarà inviato allo specialista.





Conclusioni

L'utilizzo di un PDTA specifico per la nuova medicina generale garantirà una migliore diagnosi e cura del DM con conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente. Il tutto si convertirà in un netto risparmio delle risorse economiche destinate alla sanità oltre che ad una maggior incentivazione del MMG grazie ai benefit previsti e derivanti da una piccola parte dei risparmi ottenuti dalla migliore gestione della patologia.

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

IPERTENSIONE ARTERIOSA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Jacopo Malaguti, medico di medicina generale ausl Ferrara

INTRODUZIONE

La definizione di ipertensione è arbitraria sulla base dei dati epidemiologici della popolazione e in base alla relazione tra i valori pressori e i livelli di rischio cardiovascolare. I pazienti vengono inseriti in diverse categorie in base alla misurazione della pressione arteriosa come esemplificato dalla figura a destra.

Normalmente l'IA non si manifesta in maniera isolata ma si accompagna ad altri fattori che possono influenzale la prognosi del paziente andando ad inquadrare lo stesso in una categoria di rischio cardiovascolare. Uno degli score più utilizzati è lo SCORE system il quale è in grado di valutare il rischio di eventi cardiovascolari fatali a 10 anni.

Ulterior parametri non presi in cosiderazione da tale score ma che possono influenzare il rischio CV sono ad esempio: isolamento sociale, obesità, inattività fisica, stress, familiarità per MCV, malattie autoimmune o disordini infiammatori, FA, OSAS e disordini psichiatrici.

Le cause possono essere riassunte in:
1- Primaria (85-90%): dovuta a cause sconosciute.
2- Secondaria (15-10%): causa nota.

Blood Pressure Categories

American Heart Association | American Stroke Association

BLOOD PRESSURE CATEGORY	SYSTOLIC mm Hg (upper number)		DIASTOLIC mm Hg (lower number)
NORMAL	LESS THAN 120	and	LESS THAN 80
ELEVATED	120 – 129	and	LESS THAN 80
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 1	130 – 139	or	80 – 89
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 2	140 OR HIGHER	or	90 OR HIGHER
HYPERTENSIVE CRISIS (consult your doctor immediately)	HIGHER THAN 180	and/or	HIGHER THAN 120

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mmHg) grading			
		High normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP ≥180 or DBP ≥110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
	≥3 risk factors	Low to Moderate risk	Moderate to high risk	High Risk	High risk
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade ≥4, or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

MATERIALI E METODI

Al fine di valutare la pressione arteriosa si possono utilizzare metodi più semplici come lo sfigmomanometro manual oppure elettronico in regime ambulatoriale oppure eseguire un Holter pressiore delle 24h o l'HBPM (home blood pressure monitoring), altro non è che una misurazione domiciliare ripetuta per almeno 3 giorni (preferibilmente una settimana) due volte al giorno (al mattino e alla sera).
Per una valutazione generale del RCV occorre
1- EO: prestare attenzione all'habitus del paziente, al suo BMI, circonferenza vita, segni neurologici o oftalmologici di malattia ipertensiva, palpazione di tutte le arterie esplorabili, ispezione della cute e delle mucose visibili, ricerca dei segni di distiroidismo, di ipercortisolismo e altre forme di ipertensione secondaria.
2- Esami ematici: emocromo con formula, glicemia, HbA1c, assetto lipidico, sodio, potassio, acido urico, creatinina ed eGFR, funzionalità epatica, esame chimico fisico delle urine.
3-Esami strumentali: ECG, fondo oculare, ecocardiografia, eco-TSA, eco renale con doppler, ankle-brachial index.

TABELLA 1 Classificazione del rischio cardiovascolare

Rischio particolarmente elevato	• Precedente sindrome coronarica acuta seguita da ulteriore evento cardiovascolare entro 2 anni
Rischio molto elevato	• Malattia CV documentata, clinicamente o tramite imaging. Include: – sindrome coronarica acuta, angina stabile, rivascolarizzazione coronarica, ictus o attacco ischemico transitorio, arteriopatia periferica; – una placca rilevante alla coronarografia o alla TC (malattia coronarica multivasale, con due arterie epicardiche principali con stenosi >50%) o all'ecografia carotidea. • Diabete mellito con danno d'organo (microalbuminuria, retinopatia, neuropatia) o almeno 3 fattori di rischio CV, o diabete mellito di tipo 1 comparso precocemente e presente da più di 20 anni. • Nefropatia cronica severa (eGFR <30 ml/min/1,73 m2) • Rischio a 10 anni di malattia CV fatale calcolato con il sistema SCORE ≥10%. • Ipercolesterolemia familiare con ASCVD o un altro fattore di rischio CV.
Rischio alto	• Singoli fattori di rischio particolarmente elevati, come colesterolo totale >310 mg/dl, C-LDL>190 mg/dl o pressione arteriosa ≥180/110 mmHg. • Ipercolesterolemia familiare senza altri fattori di rischio CV. • Diabete mellito senza danno d'organo, ma presente da almeno 10 anni o in concomitanza ad un altro fattore di rischio CV. • Nefropatia cronica moderata (eGFR 30-59 ml/min/1,73 m2). • Rischio a 10 anni di malattia CV fatale calcolato con il sistema SCORE ≥5% e <10%.
Rischio moderato	• Diabete mellito in soggetti giovani (diabete di tipo 1 <35 anni, diabete di tipo 2 <50 anni), presente da meno di 10 anni e in assenza di altri fattori di rischio. • Rischio di malattia CV fatale a 10 anni, calcolato con il sistema SCORE ≥1% e <5%.
Rischio basso	• Rischio di malattia CV fatale a 10 anni, calcolato con il sistema SCORE <1%.

Note: ASCVD, malattia cardiovascolare aterosclerotica; C-LDL, colesterolo legato alle lipoproteine a bassa densità; CV, cardiovascolare; eGFR, filtrato glomerulare stimato; SCORE, Systematic Coronary Risk Estimation; TC, tomografia computerizzata. Fonte: modificata da Visseren FLJ et al., 2021 (3)

CONCLUSIONI

Una corretta valutazione della pressione arteriosa inquadrata in un contesto di rischio cardiovascolare porterebbe ad una diminuzione degli eventi acuti ed alle loro conseguenze a lungo termine nei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1-LINEE GUIDA ESC 2018

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

MARKERS TUMORALI IN MEDICINA GENERALE

Andrea Marchiori

INTRODUZIONE:

Il medico di Medicina Generale di oggi è ben consapevole che le risorse non sono illimitate, e nell'ottica di una prospettiva futura di coerenza e razionalizzazione di queste, ritengo assuma una rilevanza sempre maggiore individuare dei percorsi che possano limitare l'inapproppriatezza diagnostica, sia per difetto che per eccesso. Nella diagnosi delle neoplasie, i marcatori tumorali circolanti stanno assumendo un'importanza crescente, e per questo ne assistiamo ad un largo utilizzo, anche in Medicina Generale. Un impiego inappropriato nella diagnostica tuttavia, può comportare esecuzioni di esami non necessari al paziente con conseguente spesa superflua, in termini di tempo, soldi, e servizio pubblico. Nella tabella che segue ho voluto riassumere i principali utilizzi (e non) dei markers nelle malattie neoplastiche di più facile riscontro nell'ambulatorio di Medicina Generale. Vi è un evidente riscontro che essi non trovano un significato diagnostico nelle fasi precoci, mentre hanno un ruolo spesso determinante nel contesto del follow-up della malattia.

MATERIALI E METODI:

Ho riassunto le principali indicazioni di linee guida e metanalisi nell'utilizzo dei marcatori tumorali nelle fasi più vicine al MMG: lo screening, la diagnosi e il riconoscimento precoce di ripresa.

RISULTATI:

	Ca Mammella	Ca Prostata	AdenoCa Colon-retto	Ca Polmone	Epato-carcinoma	AdenoCa Pancreas	Ca Tiroide
Screening	NO	NO [1]	NO	NO	AFP In pz a rischio	NO	NO
Diagnosi differenziale	NO	NO	NO	NO	NO [2]	NO	NO
Riconosc. precoce progress.	NO *se paziente asintomatica	PSA	CEA	NO	AFP	NO	Tg, TSH, Ab-Tg
	Marcatore raccomandato dalle linee guida?						

1 Il PSA potrebbe essere considerato nello screening spontaneo dai 40 anni nei casi a maggior rischio (familiarità)

2 La AFP può essere dosata in presenza di una lesione epatica occupante spazio per contribuire all'inquadramento diagnostico

BIBLIOGRAFIA

1) Linee guida AIOM 2021
2) Linee guida ESMO
3) Marcatori circolanti in oncologia guida all'uso clinico appropriato - M. Gion, C. Trevisiol, G. Rainato, A. S.C. Fabricio; 2016

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: IL RUOLO CENTRALE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE

Gestione integrata del paziente ad alto rischio

Dott. Roberto Miceli

INTRODUZIONE

La gestione ottimale dei pazienti ad alto rischio di DM2 necessita di un approccio multidisciplinare fornito da figure professionali sanitarie e non, volto alla correzione dei fattori di rischio modificabili. Il terzo step del PDTA proposto è rappresentato dalla presa in carico del paziente da parte del Team di Cura che ne assicuri una gestione integrata.

MATERIALI E METODI

Il PDTA è stato strutturato integrando le linee guida delle società nazionali ed internazionali del DM2 con modelli di PDTA precedentemente proposti e recenti articoli di letteratura scientifica a supporto dell'approccio integrato nella prevenzione primaria del DM2.

RISULTATI

Il Team di Cura è costituito da multiple figure sanitarie e non: Medico di Medicina Generale, Medico Diabetologo, Infermiere delle Cure Primarie, Dietista, Psicologo delle Cure Primarie, Associazioni sportive; ogni componente del Team condivide lo stesso protocollo di cura con ruoli definiti che valorizzano le diverse competenze professionali, nonché una piattaforma informatica di continuità che permette la condivisione e il monitoraggio dei dati da parte di tutti i componenti del Team.
Il Team di Cura effettua la presa in carico del paziente attraverso l'MMG, che esegue la valutazione dei valori di HbA1c, di glicemia a digiuno ed eventualmente l'OGTT, per identificare eventuali condizioni di IGT o IFG, per le quali il paziente viene inviato al Medico Diabetologo; si monitorano inoltre PAO, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, creatinina, microalbuminuria e uricemia.
La gestione prevede l'attivazione anche delle altre figure del Team di Cura:

- il Dietista, responsabile dell'elaborazione di un piano dietetico e di educazione alimentare individualizzato, permettendo al paziente di implementare le sue conoscenze nutrizionali e la sua autogestione;
- lo Psicologo delle Cure Primarie, incaricato del supporto emotivo del paziente durante il processo di cambiamento di stile di vita, nonché dell'identificazione e del trattamento di eventuali disturbi della condotta alimentare;
- le Associazioni sportive, che forniscono al paziente un piano di esercizio fisico personalizzato con l'obiettivo di ridurre l'inattività e la sedentarietà.

Il follow-up annuale viene eseguito dall'MMG tramite il monitoraggio di specifici parametri (glicemia a digiuno, Hb1Ac, BMI, PAO) e dagli altri componenti del Team al fine di valutare l'aderenza del paziente al piano di cura.

CONCLUSIONI

La strutturazione di un Team di Cura, composto da professionisti sanitari e non, per la gestione dei pazienti a rischio di DM2 può rappresentare un'opportunità per ridurre l'incidenza di patologia, aumentare la consapevolezza dei pazienti e la loro capacità di autogestione, e assicurare l'assistenza integrata e personalizzata per il singolo paziente.

BIBLIOGRAFIA

Allegato 1 al D.A. n. 602 del 16/04/2018.
Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD) - Versione aggiornata a Dicembre 2022.
El Sayed N. A. et al on behalf of American Diabetes Association. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S10–S18
Wołos-Kłosowicz K. et al. Effects of common weight loss plans on diabetes mellitus and cardiovascular risk factors. Prim Care Diabetes. 2022 Apr;16(2):252-256. doi: 10.1016/j.pcd.2021.11.003.
Hunter, C. M. (2016). Understanding diabetes and the role of psychology in its prevention and treatment. American Psychologist, 71(7), 515–525.
Huffman Jeff C. et al. A Positive Psychology-Motivational Interviewing Program to Promote Physical Activity in Type 2 Diabetes: The BEHOLD-16 Randomized Trial. Gen Hosp Psychiatry. 2021 Jan-Feb; 68: 65–73.

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SNAMI Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

DEMENZA: IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA AL CENTRO

LUCA MOLTONI

INTRODUZIONE

La demenza è una malattia cronica ad alto impatto socio-sanitario sia per le importanti disautonomie del paziente che per il pesante carico che coinvolge il caregiver e la famiglia, per ciò sono necessari progetti che tengano conto del modificarsi delle condizioni complessive della persona malata e del caregiver, per garantire cura ed assistenza appropriata nelle diverse fasi della malattia.

DISCUSSIONE

La demenza è una patologia vasta e complessa, che racchiude al suo interno una vasta gamma di patologie, ovvero possiamo parlare di Demenza d'Alzheimer, Demenza corticobasale, Demenza vascolare, Parkinson demenza e parkinsonismi, e altre.

Nonostante le diverse eziopatogenesi e caratteristiche delle varie demenze, possiamo riassumerle tutte in una grande caratteristica, la cronica e progressiva perdita di autonomie, che ovviamente nel piano praticO risulta essere il maggior elemento a pesare sul sistema sociosanitario.

PROPOSTA ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO:

- L'MMG nel sospetto di Demenza prescrive esami preliminari ematochimici e strumentali.
- Invio del paziente ad esami completati a un CDCD.
- Una volta terminata fase diagnostica, lo specialista imposta terapia e controlli periodici.
- Indirizzamento del paziente a centri sollievo, stimolazione motoria con i fisioterapisti, centri diurni attuabili presso la casa della salute o accessi domiciliari.
- supporto psicologico alla famiglia e al paziente nelle fasi iniziali.
- Incontri periodici con un team multidisciplinare (geriatra, psicologa, fisiatra, assistente sociale) atto a istruire i familiari e i caregiver alla gestione del disturbo comportamentale, della perdita di autonomia, facendo prendere consapevolezza dell'evoluzione degenerativa della patologia, addestrando i familiari a riconoscere le red flag per mettere in atto soluzioni tempestive ad evitamento del ricovero ospedaliero, delle complicanze e dello stress del caregiver
- Valutazione domiciliare dell'assistente sociale per adeguare l'ambiente e l'assistenza, con monitoraggio.
- Periodiche rivalutazioni domiciliari dello specialista.
- Servizi di ECG ed esami ematochimici domiciliari o presso la casa della salute per rinnovo dei piani terapeutici
- Monitoraggio presso le casa della salute delle patologie concomitanti con possibilità di discussione in team multidisciplinari.
- Presa in carico dal servizio di cure palliative per accompagnamento domiciliari nelle fasi terminali
- Accesso tempestivo a SAPA per paziente con disturbi comportamentali o in Strutture protette per ricoveri temporanei di sollievo

CONCLUSIONI:

Il crescente aumento della demenza nella popolazione generale e l'evoluzione del tessuto sociale rende sempre più difficile la gestione domiciliare di una patologia così complessa, inoltre, si stima un incremento progressivo della spesa sanitaria con una continua sfida per i servizi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto
DGR nr. 570 del 09 maggio 2019

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

VALUTAZIONE SISTEMATICA DELLA FRAGILITA' IN PAZIENTI ANZIANI NEGLI STUDI DI MEDICINA GENERALE

Dr. Massimiliano Morano

MMG PRESSO IL DISTRETTO DI LAIVES (BOLZANO)

INTRODUZIONE

Gli anziani fragili sono il gruppo più numeroso di pazienti che possono avere bisogno di assistenza domiciliare integrata, in stretta collaborazione tra MMG e personale infermieristico di Distretto. La medicina di famiglia supporta l'assistenza domiciliare fornendo cure mediche di primo livello assistendo i pazienti dopo la dimissione dall'ospedale, nella gestione di malattie limitanti l'aspettativa di vita, nella gestione dei malati cronici, dei pazienti con disabilità o problemi psichiatrici, riducendo così indirettamente il ricorso a posti letti negli ospedali e nelle case di cura

- In Alto Adige alle persone che hanno bisogno di cure mediche a lungo termine, viene offerta un'assistenza mirata in un programma di cura integrato realizzato da infermieri e medici di famiglia e finanziato pubblicamente.

- Se si rendono necessarie cure mediche palliative, queste vengono fornite anche a domicilio in cooperazione tra i servizi infermieristici, i medici di famiglia e le unità di cure palliative domiciliari.

La **fragilità** è una condizione di vulnerabilità che comporta una ridotta capacità di affrontare e gestire eventi stressanti. Tale condizione aumenta il rischio di malattia, il rischio di cadere e soprattutto il rischio di perdere rapidamente la propria autonomia ed autosufficienza, di morte. Inoltre rende anche meno probabile il recupero delle funzionalità al livello dello stato di salute pre-morboso. In questo stato di scarsa capacità di recupero, la fragilità aumenta il rischio di conseguenze negative, come l'aumento della non-autosufficienza e della disabilità, l'aumento del ricorso ai servizi sanitari e la morte.

MATERIALI E METODI

Lo screening della fragilità per mezzo di PRISMA-7 e della Scala di Rockwood viene eseguito dai Medici di Medicina Generale su tutti gli assistiti di età compresa o superiore ai 75 anni. Sono esclusi gli ospiti delle case di riposo.

Il progetto sarà supervisionato scientificamente dall'Istituto di Medicina Generale e Public Health del Polo Universitario delle Professioni Sanitarie Claudiana di Bolzano, in collaborazione con il Dr. Piccoliori G. in qualità di responsabile scientifico

1. In primo luogo sarà valutata la fragilità del campione secondo lo score validato per la fragilità PRISMA-7 e registrato in un'apposita scheda di documentazione.

2. Le persone fragili identificate come gruppo a rischio con un punteggio PRISMA-7 di ≥3 dovranno essere sottoposte ad una seconda valutazione della fragilità secondo la scala Rockwood, che indaga in particolare il livello di non autosufficienza. A partire dal livello 5 della Scala di Rockwood (CFS) il paziente viene considerato fragile. Anche lo score della scala di Rockwood deve essere registrato nella scheda di documentazione.

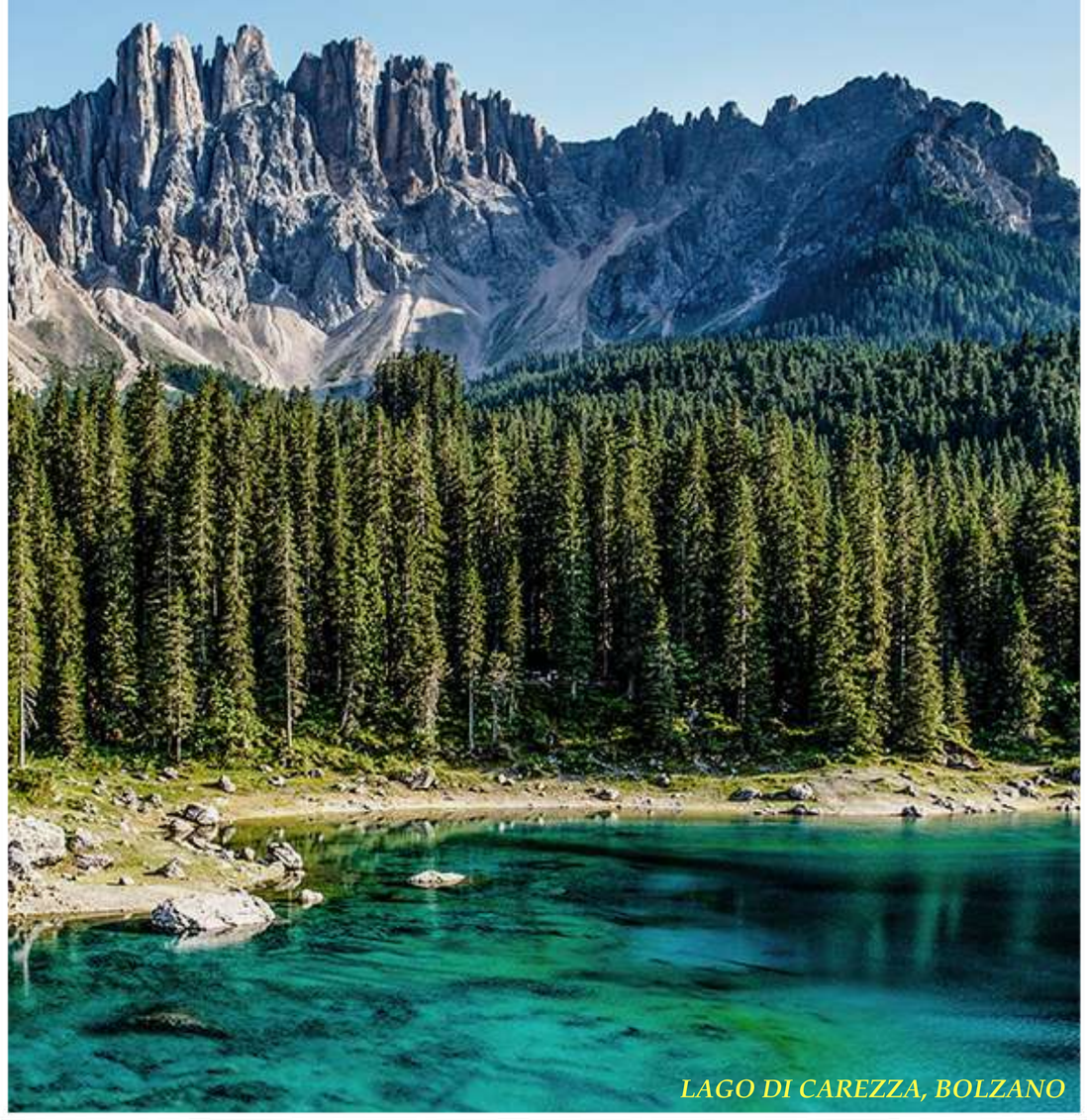
3. Dopo 12 mesi (+- 2 mesi) i nuovi over75, gli assistiti negativi al primo PRISMA 7 ed i positivi al PRISMA 7 e negativi alla scala di Rockwood, vengono sottoposti allo stesso screening (PRISMA 7 + eventualmente Rockwood Scale). I pazienti positivi al primo Rockwood verranno rivalutati secondo questo strumento per monitorare l'andamento della gravità della fragilità.

4. Nella scheda di documentazione dovranno essere riportati obbligatoriamente in occasione del primo rilevamento: data del rilevamento, nome e cognome, età e sesso del paziente, esiti numerici del doppio screening, eventuale motivo di esclusione.

Ogni step clinico potrà esser condotto anche contestualmente alle altre fasi. I tre step permettono di meglio identificare la retribuzione prevista in quanto basata sul numero di pazienti selezionati ed arruolati, e prevedi differenti compensi per ogni singola 3 fase.

in collaborazione con :

INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
ISTITUTO DI MEDICINA GENERALE
ISTITUT DE MEDEJINA GENERELA



LAGO DI CAREZZA, BOLZANO

RISULTATI

Secondo la Banca Dati Provinciale degli Assistibili (BDPA) ogni MMG in Alto Adige ha in carico attualmente in media 185 persone con più di 74 anni
Il progetto prevede per i MMG partecipanti i seguenti compiti:

1. Screening della fragilità utilizzando PRISMA-7 su tutti gli assistiti in carico con più di 74 anni (in media 185) che vivono in casa.

2. Valutazione della fragilità clinica secondo Rockwood degli individui con un punteggio PRISMA-7 di ≥3 (circa il 25% pari a 46 persone). Tra i pazienti positivi al Rockwood il MMG individuerà quelli bisognosi di un'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

3. Lo screening viene ripetuto con le stesse modalità su tutti gli assistiti con più di 74 anni dopo 12 mesi dal primo rilevamento.

CONCLUSIONI

Il riconoscimento precoce della fragilità in età avanzata consente attraverso un sostegno mirato in una cooperazione multidisciplinre di vari professionisti della salute di aiutare il paziente a rimanere in salute ed a vivere in modo autonomo il più a lungo possibile. Da quanto ci suggerisce la letteratura mondiale è lecito attendersi una riduzione dei ricoveri in casa di cura, delle ospedalizzazioni e della mortalità.

La fragilità degli anziani non viene ancora rilevata sistematicamente in Alto Adige. In molti casi sarebbe utile inserirli nell'ambito di uno screening sistematico degli anziani che vivono ancora in casa.

BIBLIOGRAFIA

1 Neena L. Chappell et al., 'Comparative Costs of Home Care and Residential Care', The Gerontologist 44, no. 3 (June 2004): 389–400.

2 Julien Forder, 'Long-Term Care and Hospital Utilisation by Older People: An Analysis of Substitution Rates', Health Economics 18, no. 11 (November 2009): 1322–38.

3 Andrew Clegg et al., 'Frailty in Elderly People', The Lancet 381, no. 9868 (2013): 752–62.

4 Linda P. Fried et al., 'Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care', The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 59, no. 3 (March 20

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

IL DIABETE DI TIPO 2 NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

E. Nespoli

Il diabete è un gruppo eterogeneo di malattie che hanno in comune l'iperglicemia.

Secondo l'OMS il diabete viene classificato in quattro gruppi: tipo I, tipo II, diabete gestazionale e altri tipi specifici. La National Health Interview Survey statunitense del 2016 ha stimato che, tra tutti i casi diagnosticati, il 5, 8% era rappresentato dal diabete di tipo 1, il 90,9% dal diabete di tipo 2 e il restante 3,3% da altri tipi di diabete.

Si stima che, a livello mondiale, l'8,8% degli adulti, ovvero 425 milioni di persone, abbia una diagnosi di diabete. Di questi, il 79% vive in paesi a basso e medio reddito.
Si prevede che questa percentuale aumenterà fino a 629 milioni di adulti entro il 2045, soprattutto a causa dei Paesi il cui status economico passerà d a basso a medio reddito, con una maggiore esposizione ai fattori di rischio per lo sviluppo (principalmente) del T2D.

Nel T1D, una combinazione di fattori genetici e ambientali determina la distruzione autoimmune delle cellule β pancreatiche e una produzione insufficiente di insulina.
L'insulina resistenza, invece, è il segno distintivo di T2D, il tipo di diabete più comune, insieme all'insufficiente produzione di insulina, con conseguent e iperglicemia. Il GDM si manifesta solitamente nel secondo o terzo trimestre di gravidanza e si risolve dopo il parto.

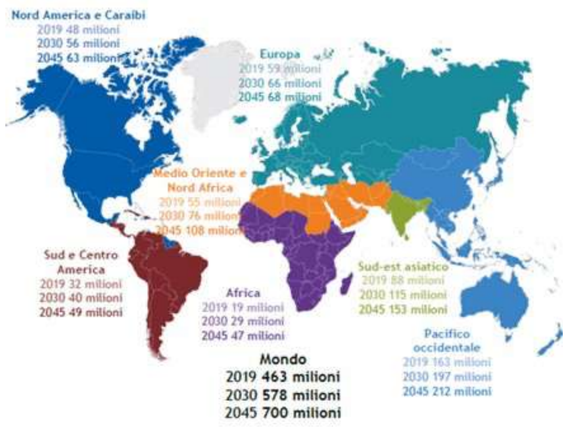
CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA DEL DIABETE	
TIPO 1	Distruzione delle cellule β che ti solito porta a una carenza assoluta di insulina. Può essere autoimmune o idiopatico
TIPO 2	Può variare da una predominante resistenza all'insulina con relativa carenza di insulina ad un difetto prevalentemente secretorio con o senza resistenza all'insulina.
ALTRI TIPI SPECIFICI	• Difetti genetici della funzione delle cellule β • Difetti genetici dell'azione dell'insulina • Malattie del pancreas esocrino • Endocrinopatie • Indotto da farmaci o sostanze chimiche • Infezioni • Forme non comuni di diabete immuno-correlato • Altre sindromi genetiche talvolta associate a diabete
DIABETE GESTAZIONALE	Insorge dopo la 24esima settimana di gestazione e nella maggior parte dei casi si risolve con il parto. Il rischio di sviluppare diabete nel corso della vita rimane alto.

Mentre il T1D si sviluppa più comunemente nell'infanzia e nell'adolescenza, il T2D è più frequente (anche se non esclusivamente) negli adulti ed è associato a obesità.

Il rischio di diabete di tipo 2 aumenta con l'età e quindi la prevalenza grezza del diabete tenderà ad essere maggiore nelle popolazioni più anziane rispetto a quelle più giovani. L'invecchiamento della popolazione e il miglioramento della sopravvivenza delle persone con diabete contribuiscono ad aumentare la prevalenza del diabete nel tempo, anche se l'incidenza (cioè il numero di persone che sviluppano nuovo diabete ogni anno è rimasta stabile o in diminuzione.
La prevalenza è più bassa tra le donne rispetto agli uomini (8,4% contro 9,1%) e più elevata negli ambienti urbani rispetto a quelli rurali (10,2% contro 6,9%).

Alla luce di questi dati, quale sarà il carico di lavoro e il ruolo che dovrebbe svolgere il MMG?

I numeri del diabete in Italia e nel mondo



IN ITALIA NEL 2020 PREVALENZA 5,9%
dati Istat
21% persone con piu' di 75 aa
70% persone con piu' di 60 aa

Il ruolo del Medico di Medicina Generale?

- Identificare i soggetti a rischio di diabete e programmare interventi di prevenzione
- Diagnosi precoce: primo inquadramento clinico del neo-diagnosticato, impostazione terapia ed esenzione ticket
- Stratificazione del Rischio cardiovascolare e del livello di complessità del paziente
- Presa in carico dei pazienti stabili, in buon compenso metabolico, a target per i vari fattori di rischio cv e renale, senza complicanze evolutive in atto e dei pazienti con ridotta autosufficienza
- Valutazione periodica e programmata, del diabete secondo il piano di cura adottato, monitoraggio del controllo metabolico e dei principali fattori di rischio cardio-renale, dell'aderenza terapeutica e diagnosi precoce delle complicanze
- Gestione delle multicronicità
- Gestione integrata con il Centro Diabetologico di riferimento

Costi e complicanze del DM2?

Le complicanze croniche del diabete possono essere prevenute, o se ne può rallentare la progressione attraverso uno stretto controllo di tutti i fattori di rischio correlati

Quali strategie adottare?

PAZIENTI DIABETICI IN CARICO AL MMG

- **Pazienti diabetici stabili** (HbA1c < 7,0% e fattori di rischio cv a target) (30-50% di tutti i diabetici).
- **Pazienti diabetici con multiple cronicità e riduzione dell'autosufficienza *(ADI)***
- **Popolazione generale** ed in particolare i **soggetti a rischio per diabete**.

Il MMG deve attuare interventi di ***screening per la diagnosi precoce di DMT2 e followup della disglicemia.***

GESTIONE INTEGRATA

PAZIENTI DIABETICI IN CARICO AL DIABETOLOGO

- **Pazienti diabetici di nuova diagnosi** (necessaria la definizione diagnostica e\o l'inquadramento terapeutico e\o un intervento di educazione terapeutica strutturata)
- **Pazienti diabetiche in gravidanza** (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota)
- **Pazienti diabetici tipo 1**
- **Pazienti con complicanze acute in atto** (es: ulcera al piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile, con ipoglicemia grave ma con successivo recupero …….)
- **Pazienti diabetici con compenso metabolico instabile**; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza

Conclusioni

L'effettiva presa in carico delle persone con diabete da parte del team diabetologico e della medicina generale deve avvenire in base alle rispettive competenze e al proprio ruolo, preceduta da una stratificazione per classi di intensità di cura, avendo come punto di riferimento il percorso assistenziale individuale concordato per il singolo paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Oxford Textbook of Endocrinology and diabetes. 3 ed. J.A.H. Wass et al.
2. Linee Guida della Società Italiana di Diabetologia (Se dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD)

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

CANAGLIFLOZIN: effetti protettivi degli inibitori SGLT2

Autore: Francesca Peluso - Medico in formazione medicina generale - SNAMI Molise

INTRODUZIONE

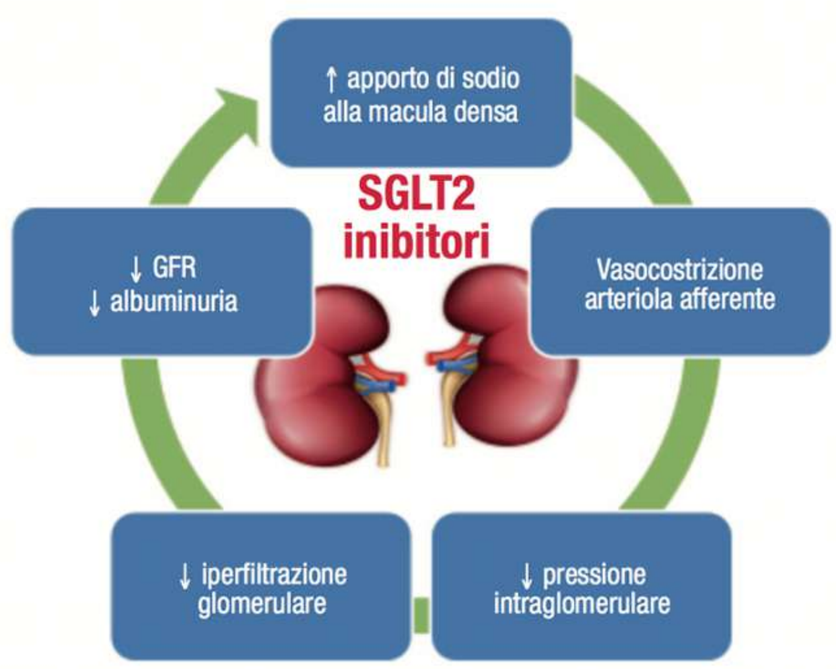
Il canagliflozin è un farmaco antidiabetico appartenente alla classe degli inibitori del cotrasportatore del sodio-glucosio di tipo2 (SGLT2). È stato studiato per il trattamento del diabete di tipo2 e ha dimostrato di avere, oltre agli effetti ipoglicemizzanti, anche ulteriori benefici, tra cui effetti protettivi a livello renale e cardiaco.
A causa del loro meccanismo glicosurico, gli inibitori SGLT2 riducono anche il peso corporeo.

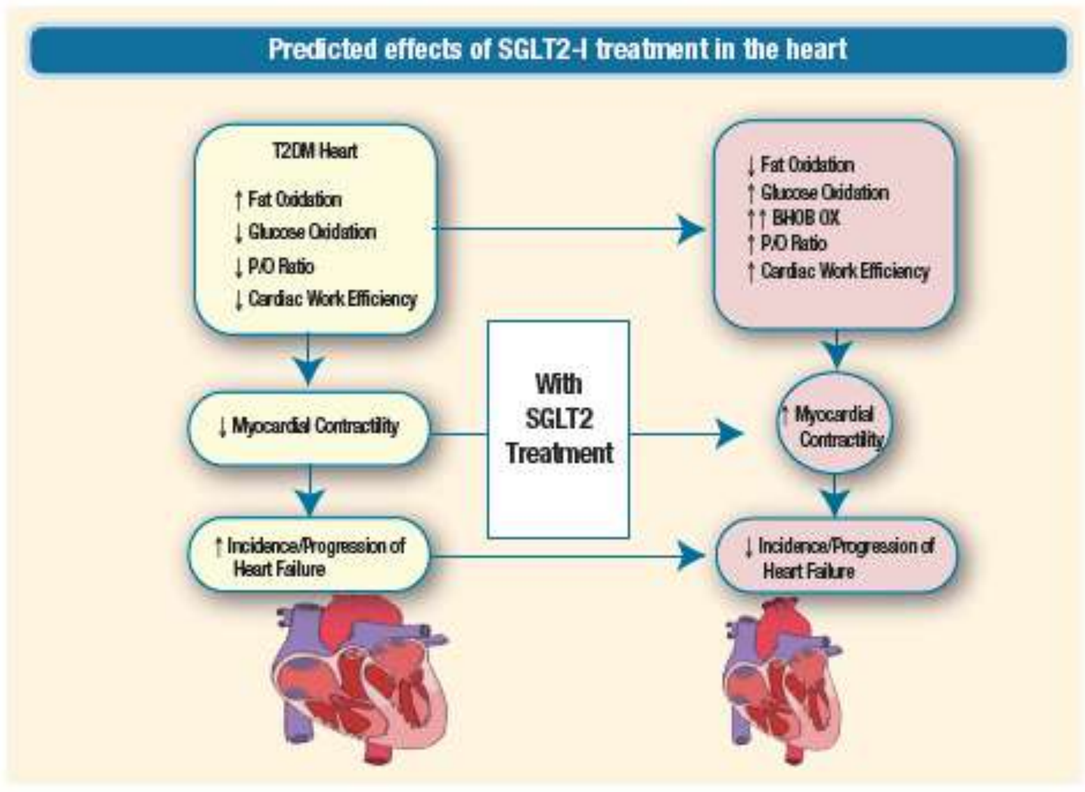
MATERIALI E METODI

Studi estrapolati da MEDLINE, EMBASE e Cochrane Central Register of Controlled Trials sono alla base degli studi preclinici condotti su modelli animali e studi clinici condotti su pazienti con diabete di tipo2. Sono stati inclusi studi che hanno esaminato gli effetti del canagliflozin sulla funzione renale, la salute cardiovascolare e la riduzione del peso corporeo.

RISULTATI

Gli studi preclinici hanno dimostrato che il canagliflozin può migliorare la funzione renale, riducendo o stabilizzando la pressione arteriosa e riducendo il danno renale in modelli animali di diabete di tipo2.
I 15 studi clinici randomizzati controllati, presi in esame, coinvolgono una popolazione complessiva di 25.000 pazienti.
Gli effetti renali protettivi sono anche associata ad una riduzione acuta della velocità di filtrazione glomerulare e a una riduzione di circa il 30-40% dell'albuminuria.
Sono stati osservati anche effetti positivi sulla salute cardiovascolare, infatti i pazienti trattati con canagliflozin hanno riportato una riduzione del 14% di morte cardiovascolare, infarto del miocardio, ictus e riduzioni del 30% dei ricoveri per insufficienza cardiaca.
Alla base di questi effetti protettivi, vi sono gli effetti diuretici e natriuretici osmotici, che contribuiscono alla contrazione del volume plasmatico e alla diminuzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica, rispettivamente di 4-6 e 1-2 mm Hg.
Un altro risultato significativo è stato l'effetto positivo del canagliflozin sulla riduzione del peso corporeo, particolarmente rilevante, dato che l'obesità è un fattore di rischio importante per la progressione della malattia.





CONCLUSIONI

Il canagliflozin, oltre ad avere azione ipoglicemizzante, può migliorare la funzione renale, ridurre il rischio cardiovascolare e favorire la perdita di peso. Questi benefici aggiuntivi potrebbero rendere il canagliflozin una scelta terapeutica migliore per i pazienti con diabete di tipo2, soprattutto quelli con comorbilità renali o cardiovascolari.
Gli inibitori SGLT2 hanno ridotto il rischio di dialisi, trapianto o morte a causa di malattie renali in soggetti con diabete di tipo2 e hanno fornito protezione contro il danno renale acuto.

BIBLIOGRAFIA

Heerspink, H. J., Perkins, B. A., Fitchett, D. H., Husain, M., & Cherney, D. Z. (2016). Sodium Glucose Cotransporter 2 Inhibitors in the Treatment of Diabetes Mellitus: Cardiovascular and Kidney Effects, Potential Mechanisms, and Clinical Applications. *Circulation*, *134*(10), 752–772.
Neal, B., Perkovic, V., Mahaffey, K. W., de Zeeuw, D., Fulcher, G., Erondu, N., Shaw, W., Law, G., Desai, M., Matthews, D. R., & CANVAS Program Collaborative Group (2017). Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. *The New England journal of medicine*, *377*(7), 644–657.
Tentolouris, A., Vlachakis, P., Tzeravini, E., Eleftheriadou, I., & Tentolouris, N. (2019). SGLT2 Inhibitors: A Review of Their Antidiabetic and Cardioprotective Effects. *International journal of environmental research and public health*, *16*(16), 2965.
La Grotta, R., de Candia, P., Olivieri, F., Matacchione, G., Giuliani, A., Rippo, M. R., Tagliabue, E., Mancino, M., Rispoli, F., Ferroni, S., Berra, C. C., Ceriello, A., & Prattichizzo, F. (2022). Anti-inflammatory effect of SGLT-2 inhibitors via uric acid and insulin. *Cellular and molecular life sciences : CMLS*, *79*(5), 273.

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani SNAMI

PDTA ottimale del DIABETE MELLITO TIPO II asintomatico

Davide Penco

Il piano diagnostico terapeutico assistenziale consiste in una coordinazione di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero, prevedendo il concerto partecipativo di diverse figure professionali e promuovendo l'adeguatezza del percorso di diagnosi e cura per una specifica condizione patologica.

Alla luce del fatto che la chetoacidosi diabetica e il coma iperosmolare iperglicemico sono quadri clinici piuttosto rari, il PDTA che propongo è rivolto ai casi asintomatici con nuova diagnosi.

Gli studi epidemiologici stimano che le persone affette da DMII siano 530 milioni, con una prevalenza del 10,5 % tra gli adulti tra i 20 e i 79 anni d'età. Numerosi fattori di rischio (sedentarietà, dieta ad alto contenuto calorico, fumo…) tendono a predisporre un numero crescente di persone a questa patologia (si stimano 783 milioni di casi entro il 2045). Il DMII può essere asintomatico e pertanto tende a non essere diagnosticato in una percentuale non indifferente di soggetti (oltre il 40%).

Un possibile approccio ai fini di una diagnosi precoce e di una celere presa in carico potrebbe essere:

- Screening gratuiti tramite Infopoint diabetologici territoriali gestiti da associazioni di volontariato (personale con adeguato percorso di training) o MMG per misurazione volontarie della glicemia > 70 anni o < 70 anni con fattori di rischio cardiovascolari (età, sesso, fumo, BMI > 30, familiarità, ipertensione arteriosa, dislipidemia)
- Campagna di sensibilizzazione (tramite infopoint diabetologici e MMG)
- Hb glicata a chiunque abbia avuto un evento cardiovascolare acuto e ogni 6 mesi.

Se nuova diagnosi di diabete:

- Rivalutazione con Centro Diabetologico locale
- Esami laboratoristici per indagare l'Hb glicata, la funzionalità renale (creatinina, microalbuminuria), monitoraggio della pressione arteriosa e colesterolemia.
- Nei pazienti con DMII senza danno vascolare sintomatico e senza danno d'organo, è raccomandato stimare il rischio cardiovascolare a 10 anni secondo SCORE2-Diabetes.

Trattamento:

- Cambiamento dello stile di vita (counselling nutrizionale ed esercizio fisico) in quanto anche solo una riduzione del peso del 5% consente un miglior controllo glicemico, lipidemico e pressorio in soggetti obesi o sovrappeso.
- Nei pazienti con BMI > 25, si può considerare l'utilizzo di GLP1-RAs e inibitori di SGLT1, mentre in coloro con BMI > 35 si può considerare la chirurgia bariatrica.
- Come outcome glicemico si propone una Hb glicata < 7%, tale da limitare i danni al circolo microvascolare. Da valutare un controllo glicemico personalizzato sul paziente (es. anziano fragile Hb glicata < 8% per evitare ipoglicemie).

BIBLIOGRAFIA

«Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults - UpToDate».

Marx et al., «2023 ESC Guidelines for the Management of Cardiovascular Disease in Patients with Diabetes».

ElSayed et al., «Introduction and Methodology».

Il tuo PDTA ottimale nell'ambito dei nuovi ambulatori – PDTA Diabete Mellito Tipo 2

Antonio Perulli

Un PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) ottimale è un approccio a una determinata patologia che garantisce la miglior presa in carico del paziente in termini di diagnosi precoce, supporto multidisciplinare, uniformità del trattamento, impiego delle linee guida più aggiornate, prevenzione delle complicanze [1]. Viene elaborato a livello aziendale col contributo di più professionisti al fine di stabilire uno standard assistenziale da seguire nel trattamento della patologia in tutte le sue fasi.

Il PDTA ideale nel diabete mellito di tipo 2 dovrebbe svilupparsi in modo tale da:

- Agire in termini di prevenzione primaria e secondaria.
- Individuare precocemente il paziente affetto dalla patologia
- Inquadrarlo in una categoria di gravità, eventuale rischio di evoluzione, grado di necessità assistenziale, attraverso visite specialistiche, esami laboratoristici e strumentali di primo e secondo livello
- Fornire in base alle caratteristiche cliniche e sociali del paziente la miglior terapia anche in relazione alla compliance
- Strutturare un percorso di follow-up per valutare con cadenza periodica in base alle necessità e alla possibile evoluzione della patologia, coinvolgendo più professionisti (MMG, diabetologo, nefrologo, cardiologo, oculista, chirurgo, infermiere, nutrizionista, …)
- Coinvolgere i familiari del paziente per fornire informazioni utili a favorire l'aderenza terapeutica e l'assistenza domiciliare
- Gestire le complicanze. [2]

In termini di prevenzione andrebbero diffuse campagne di sensibilizzazione. Per una diagnosi precoce si potrebbe istituire delle giornate di screening sul territorio, nelle farmacie, con unità mobili o banchetti informativi. In questo contesto la Casa della Comunità sarebbe fondamentale, consentendo al paziente di accedere su base volontaria per compilare un modulo che ne descriva il profilo di salute (stile di vita, comorbidità, fattori di rischio, educazione alimentare) e misurare una glicemia; sulla base del risultato ottenuto potrebbe essere preso in carico dal proprio MMG per ulteriori accertamenti o direttamente dallo specialista ambulatoriale di riferimento (nutrizionista-dietista, diabetologo, psicologo).

Il MMG individua i pazienti potenzialmente a rischio, sensibilizza verso una condotta adatta a prevenire la malattia, invita a sottoporsi ad accertamenti per individuare precocemente la patologia. Inquadra il paziente nel modo più completo possibile, così da ottimizzare la successiva presa in carico multidisciplinare, sviluppata in follow-up periodici, con consulenze specialistiche e esami di secondo livello atti a prevenire le complicanze o individuarle precocemente. [3]

Per garantire la qualità della presa in carico è prioritario il contatto diretto tra specialisti, che trova la sua miglior applicazione in strutture fisiche come la Casa della Comunità, o virtuali, come nella telemedicina.

BIBLIOGRAFIA

[1] A. S. U. G. I. Regione Autonoma FVG, «Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA),» 23 Novembre 2018. [Online].
[2] ARCS, «Diabete nell'Adulto - PDTA Diabete mellito tipo 2,» 30 Dicembre 2021. [Online].
[3] S. I. D. SID, «Percorso diagnostico-terapeutico per la gestione integrata del paziente diabetico,» [Online].

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

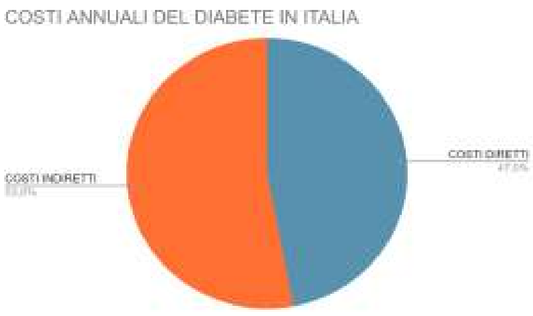
ASSISTENZA DIABETOLOGICA ALLA LUCE DEL PNRR

Dott.ssa Lucia Vittoria Postacchini
MMG Marche

INTRODUZIONE

Il diabete è una delle più diffuse malattie croniche.
Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente o non trattato appropriatamente, può causare complicanze severe.

Il diabete costa oltre 20 miliardi di euro l'anno:
-9 miliardi per spese dirette
(farmaci, ospedalizzazioni);
-11 miliardi per spese indirette (perdita di produttività, spese a carico del sistema previdenziale).
Assorbe circa l'11% della spesa sanitaria.



GLI OBIETTIVI

La recente esperienza emergenziale e le nuove opportunità offerte dal PNRR delineano un contesto in cui si impone di ragionare in ottica d'integrazione tra assistito, territorio e strutture ospedaliere, e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità, in previsione di una collaborazione dei membri del Team diabetologico presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA.

LE PROPOSTE

➔PROMUOVERE

il Findrisc o Diabetes risk score è un questionario che permette di misurare il rischio che una persona corre di sviluppare un diabete tipo 2 nell'arco di dieci anni.
La diagnosi precoce permette di prevenire l'insorgenza della patologia attraverso l'educazione a un corretto stile di vita sotto il profilo alimentare e motorio.

➔RIORGANIZZARE

E' fondamentale sviluppare un sistema integrato implementando una fitta rete di centri diabetologici e fornendo, con un team multidisciplinare, un'assistenza centrata sulle esigenze del paziente e della sua famiglia.
In questo contesto, ogni professionista della rete svolge un ruolo specifico: diabetologi (visite e follow-up), dietisti (definizione della dieta), infermieri (formazione sull'automonitoraggio e sull' assunzione dei farmaci), podologi (prevenzione e controllo disturbi podologici e piede diabetico) e psicologi (supporto psicologico) .

➔DIGITALIZZARE

E' necessario implementare l'utilizzo della telemedicina come supporto alle normali attività in presenza, normando i casi in cui applicarla. Dovranno essere applicate in ogni regione le tariffe di rimborso di queste prestazioni. L'integrazione tra i diversi setting di cura dovrebbe essere supportata dalla condivisione della stessa cartella clinica informatizzata tramite un software comune. I servizi di telemedicina consentirebbero inoltre di raggiungere i pazienti non autosufficienti o non trasportabili e gli anziani in RSA.

➔FACILITARE

Il SSN garantisce la fornitura di device che permettono di monitorare la glicemia a distanza, ma a causa di differenti approcci regionali sulle condizioni di rimborsabilità/acquisto, si instaura disuguaglianza di accesso all'innovazione e di conseguenza nella qualità delle cure offerte.
Una possibile soluzione a questo problema potrebbero essere delle linee guida nazionali che traccino il percorso su cui poi le singole Regioni devono costruire la propria strada.

BIBLIOGRAFIA

Assistenza diabetologica e Pnrr: Le prospettive di sviluppo | Alleati per la Salute. (s.d.).

EpiCentro. (s.d.). *Diabete—Epidemiologia delle ospedalizzazioni per diabete in Italia*. *FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) Predicts Diabetes Risk and Cardiovascular Risk in an Italian Population | American Diabetes Association*. (s.d.).

ITALIAN OBESITY BAROMETER REPORT 2022, 05 dicembre 2022, L'Obesità in Italia: è tempo di agire, A cura di: IBDO FOUNDATION; ISTAT; CORESEARCH; BHAVE, & Editors: PAOLO SBRACCIA,ROBERTA CRIALESI, LUCIO CORSARO,ANTONIO NICOLUCCI, FEDERICO SERRA. (s.d.).

MISSIONE 6 SALUTE - AGENAS. (s.d.). *Rete diabetologica marchigiana*. (s.d.).

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

Cura delle cronicità: PDTA nella BPCO

Prevenzione e diagnosi della BPCO

Valentina Castagna
SNAMI PALERMO

Abstract
Il PDTA in analisi vuole proporre un piano, per affrontare una patologia cronica di forte impatto come la broncopneumopatia cronica ostruttiva, coinvolgendo il Medico di Medicina Generale, l'infermiere e lo specialista.

La **prevenzione primaria** della BPCO, si basa su interventi rivolti a limitare l'abitudine al fumo, a limitare l'inquinamento ambientale outdoor e indoor.
La **prevenzione secondaria** è rivolta alla diagnosi precoce e vede come protagonista il MMG. La strategia ottimale è quella del "Case Finding", che prevede nei pazienti con fattori di rischio per BPCO, in presenza di sintomi, l'esecuzione di una spirometria con test di broncodilatazione, che possa confermare il sospetto diagnostico.

La **prevenzione terziaria**, ossia la prevenzione e gestione delle complicanze, abbraccia tutti gli aspetti legati alla terapia, la prevenzione e la gestione delle comorbilità e delle condizioni di disabilità e fragilità frequenti negli stadi avanzati della malattia.

Aspetti Educazionali
Il Piano Nazionale della Cronicità auspica il coinvolgimento del paziente affetto da patologia cronica nella gestione della sua patologia e questo può avvenire quando il paziente ha consapevolezza dei vari aspetti riguardanti la stessa.

Diagnosi
L'insorgere di sintomi tipici di BPCO < 40 anni, segnatamente la dispnea, deve suggerire la possibilità di un deficit di Alfa1-antitripsina, da sospettare e indagare soprattutto, quando già noto in ambiente familiare.
La diagnosi di BPCO deve essere presa in considerazione in tutti i soggetti di età ≥ 40 anni:

Un semplice questionario consigliato dalle Raccomandazioni GOLD, può essere utilizzato per individuare più facilmente i soggetti con potenziale BPCO.

Hai tosse frequente?
Hai frequente catarro nei bronchi?
Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei?
Hai più di 40 anni?
Sei un fumatore o lo sei stato?

La risposta affermativa a tre delle suddette domande fa porre il sospetto di BPCO e indica la necessità di eseguire una spirometria.

Strumenti
La spirometria pre- e post-broncodilatatore è l'esame di riferimento per la diagnosi di BPCO.
Nei pazienti per i quali non sia possibile effettuarla (es. soggetti con problematiche cognitive/neurologiche) si può solo parlare di "sospetta BPCO" ed è possibile instaurare un trattamento empirico se ritenuto indicato e necessario.

Con la spirometria semplice, il FEV1/FVC inferiore a 70% indica la presenza di ostruzione bronchiale. Ai fini della diagnosi di BPCO deve essere sempre eseguito il test di broncodilatazione ripetendo la spirometria dopo 15-20 minuti dall'inalazione di un broncodilatatore short-acting. Se la variazione del FEV1 rispetto al valore di base è minore del 12% rispetto al valore di base e in valore assoluto inferiore a 200 ml, si conferma la presenza di ostruzione bronchiale non reversibile.

Il risultato dell'esame spirometrico è indispensabile per la definizione dell'iter diagnostico, per la stadiazione e per la terapia.

BIBLIOGRAFIA

Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2023 Report). 2022, 2023 Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, Inc
Documento Di Indirizzo Regionale Per La Gestione Del Paziente Con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco). Regione Sicilia, Assessorato Alla Salute. Documento Di Indirizzo Regionale Per La Gestione Dei Pazienti Con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (Bpco)
Executive Summary: Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Copd. Am J Respir Crit Care Med 2013; 187, (4): 347-365.
Prevention Of Acute Exacerbation Of Copd. American College Of Chest Physicians And Canadian Thoracic Society Guideline. Chest 2015; 147:894-942
La Gestione Clinica Integrata Della Bpco. Documento Intersocietario Delle Societa Scientifiche Pneumologiche (Aipo - Simer - Aimar) E Di Simg, Agenas E Ministero Della Salute; 2013.

DIABETE MELLITO 2: APPROCCIO D'EQUIPE, SFRUTTANDO LA TECNOLOGIA, PER AUMENTARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE

Barbadoro Anna

Introduzione:
Il diabete mellito di tipo 2 (DM2) è una malattia cronica presente in circa il 6% della popolazione italiana, cioè quasi 4 milioni di persone. Negli ultimi anni, un numero crescente di casi viene diagnosticato in età adolescenziale, correlabile anche all'aumento dei casi di obesità infantile.[1-2]
Nel 2021, in Europa, oltre 1,1 milioni di decessi sono stati causati dal diabete, che rappresenta la quarta causa di morte nell'Unione Europea.[3]

Materiali e metodi:
Linee guida ISS (Istituto Superiore di Sanità), articoli scientifici, pratica clinica, confronto tra colleghi.

Risultati:
Alla luce del DM77 è possibile una presa in carico coordinata del paziente diabetico.
Una volta posta diagnosi di DM2 si deve puntare su un'adeguata informazione riguardo la patologia, le complicanze e la prevenzione, che potrebbe essere effettuata tramite una piattaforma dove caricare dei video d'informazione realizzati dai componenti dell'equipe.

[4]

Con l'introduzione della nota 100, la gestione basale del diabete è garantita dal MMG e solo i pazienti con diabete scompensato sono riservati allo specialista diabetologo, che può comunque essere coinvolto grazie al teleconsulto.
Sono previste nel follow-up periodico la visita cardiologica, oculistica e podologica, che potrebbero essere direttamente prenotate dai funzionari, senza necessità di ricetta medica, dietro presentazione del foglio di diagnosi di DM2 con relativa esenzione.
Nel caso invece di necessità di valutare il paziente a più breve termine, sarà direttamente lo specialista a redigere l'impegnativa e fornire l'appuntamento.
In caso di complicanze, sarà il MMG ad inviare il paziente allo specialista di riferimento (nefrologo, neurologo,...)
I membri dell'equipe scriveranno nella cartella elettronica del paziente, aggiornata in tempo reale.
Ad ogni valutazione l'infermiere controlla il BMI ed in caso di alterazione, verrà indirizzato al nutrizionista per poter stilare una dieta personalizzata e al fisiatra per poter redigere un corretto programma di attività fisica, considerando caratteristiche fisiche e comorbidità.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, potrebbe inoltre essere richiesto un supporto psicologico.
Si potrebbero prevedere delle ore di confronto tra i vari membri dell'equipe, per poter confrontarsi sulle condizioni dei pazienti e su come poter implementare il servizio a loro dedicato.

Conclusioni:
La gestione delle cronicità deve puntare soprattutto sulla prevenzione, sia della patologia stessa che delle sue complicanze e sull'educazione del paziente.
È fondamentale diagnosticare precocemente il DM2 e trattarlo in modo adeguato, coinvolgendo diverse figure professionali, ma è importante anche responsabilizzare il paziente riguardo le proprie condizioni di salute, facendolo quindi diventare protagonista del percorso di cura, con video informativi, giochi e quiz.

1.https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5511&area=nutrizione&menu=croniche
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. (Ed.). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary 2007. Edizione italiana a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il controllo delle Malattie (CCM) e della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). 2008.
3.Relazione al Parlamento 06/12/2021 sul diabete mellito; Ministero della Salute https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3229_allegato.pdf
4. www.diabete.net

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

PDTA DIABETE E MMG: UNA COLLABORAZIONE A TUTELA DEL PAZIENTE

Dott.ssa Laura Proietti

INTRODUZIONE

Il diabete mellito (DM) è una condizione patologica in cui l'organismo non produce sufficiente quantità di insulina o non risponde adeguatamente all'insulina, causando livelli elevati di glicemia. La diagnosi è posta per glicemie a digiuno superiori a 126 mg/dl o emoglobina glicata (HbA1c) > 48 mmol/mol
In Italia sono affetti da DM 3,5 milioni di persone. Nel Lazio sono oltre 370.000 i casi di DM e di questi il 12% è residente nella ASL RM5.
Per una migliore cura di tali pazienti, sono stati sviluppati dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti come uno strumento a disposizione delle ASL per la presa in carico attiva del paziente nella sua globalità, con lo scopo di assicurare la gestione della cronicità secondo la migliore appropriatezza clinica e organizzativa possibile.

CONCLUSIONI

I **dati ottenuti hanno dimostrato che la presa in carico dei pazienti nel PDTA consente di raggiungere ottimi risultati per quel che riguarda il controllo metabolico, l'incidenza di complicanze e il numero dei ricoveri.**

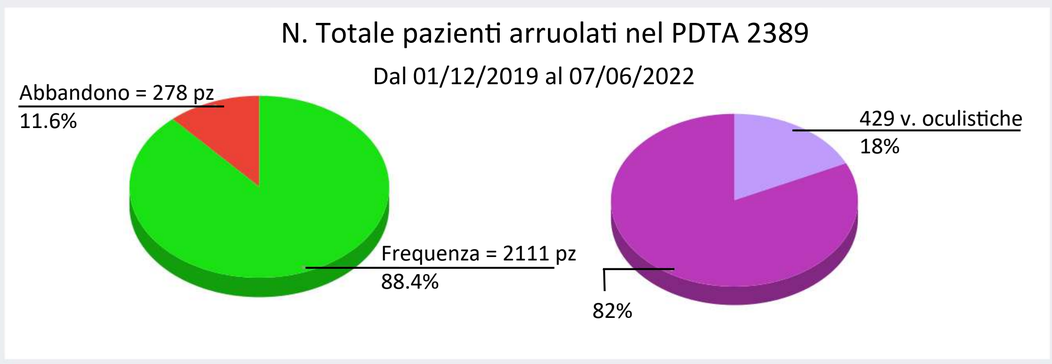
Tuttavia, per rendere pienamente efficace il PDTA, è necessario implementare il numero di visite specialistiche interne al percorso e procedere all'informatizzazione delle cartelle cliniche (che dovrebbero essere condivise tra tutti gli stakeholders del processo di cura), creando inoltre un canale di comunicazione diretto tra il MMG e il team di specialisti afferenti al PDTA (es. tramite teleconsulti).

MATERIALI E METODI

Nel nostro studio sono stati analizzati i dati derivanti dall'arruolamento di pazienti (presso l'ambulatorio PDTA Diabete del distretto 6 della ASL RM5), con neodiagnosi di DM senza complicanze ed iperglicemia lieve-moderata HbA1c > 48 e < 75 mmol/mol (>6.5% < 9%).

I Medici di Medicina Generale (MMG) afferenti al distretto 6, hanno individuato i pazienti affetti da DM di nuova diagnosi tra i propri assistiti e li hanno inseriti nel PDTA.

I pazienti arruolati dal 1/12/2019 (data di inizio attività) al 07/06/2022 sono stati: **2389**



ANALISI DEI RISULTATI

Possiamo valutare come indicatori di esito intermedio durante il periodo d'osservazione:
l'HbA1c; la creatinina; il valore delle LDL.
Complessivamente ad un anno dall'arruolamento si è registrata una **riduzione** di:

- **HbA1c media da 9.1 % a 6.5%;**
- **Creatinina da 1.28 mg/dl a 1.06 mg/dl;**
- **LDLc da 101.3 mg/dl a 78.6 mg/dl.**

I pazienti che hanno abbandonato il PDTA sono stati 278 (11 % del totale) a causa di: decessi; trasferimenti fuori ASL; passaggio al CAD; altre cause.
Sono state eseguite 429 visite oculistiche interne al percorso (18% del totale).

BIBLIOGRAFIA

Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica 2012, Ministero della Salute- DG http:// www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf Programmazione Sanitaria-Commissione Nazionale Diabete. Approvato in conferenza Stato –Regioni il 6 Dicembre 2012. Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio: AMD, SID, SIEDP, OSDI; ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF, giugno 2012. Griglia per la valutazione di appropriatezza dei Percorsi Diagnostici Terapeuici Assistenziali (PDTA) per il Diabete Mellito. A check list for assessing appropriateness of integrated Management Pathways (PDTA) for Diabetes, J AMD Vol 20, N°3-4- Luglio- Dicembre 2017. L'organizzazione di una unità operativa di diabetologia ospedaliera secondo i criteri di governo clinico: i PDTA Il Giornale di AMD, 2015;18(2):142. The National Alliance to Advance Adolescent Health. Got Transition [Internet]. Available from https://www.gottransition.org/about/ index cfm. Accessed 22 June 2018. Inoltre il PDTA è stato elaborato sulla base di una sintesi delle più attuali Linee Guida e PDTA regionali, in particolare per la Regione Lazio Linee d'indirizzo PDTA_Det 15691_2020_BURL[455946]

4S Science Società Scientifica SNAMI per la Salute
SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

PROPOSTA PER LA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DEL PAZIENTE DI CURE PALLIATIVE DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE IN FRIULI-VENEZIA GIULIA

Dr.ssa Sclauzero Martina

INTRODUZIONE

L'OMS definisce le cure palliative come "un approccio in grado di migliorare la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un' identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale" (1). L'intervento precoce sui malati si sta sempre più affermando come un modello efficace in grado di migliorare la qualità di vita degli stessi, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e nel fine-vita, e di garantire risparmi significativi per i sistemi sanitari (attraverso cure più appropriate, riduzione degli accessi in PS, dei ricoveri nei reparti, e la determinazione della casa quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale) (2).

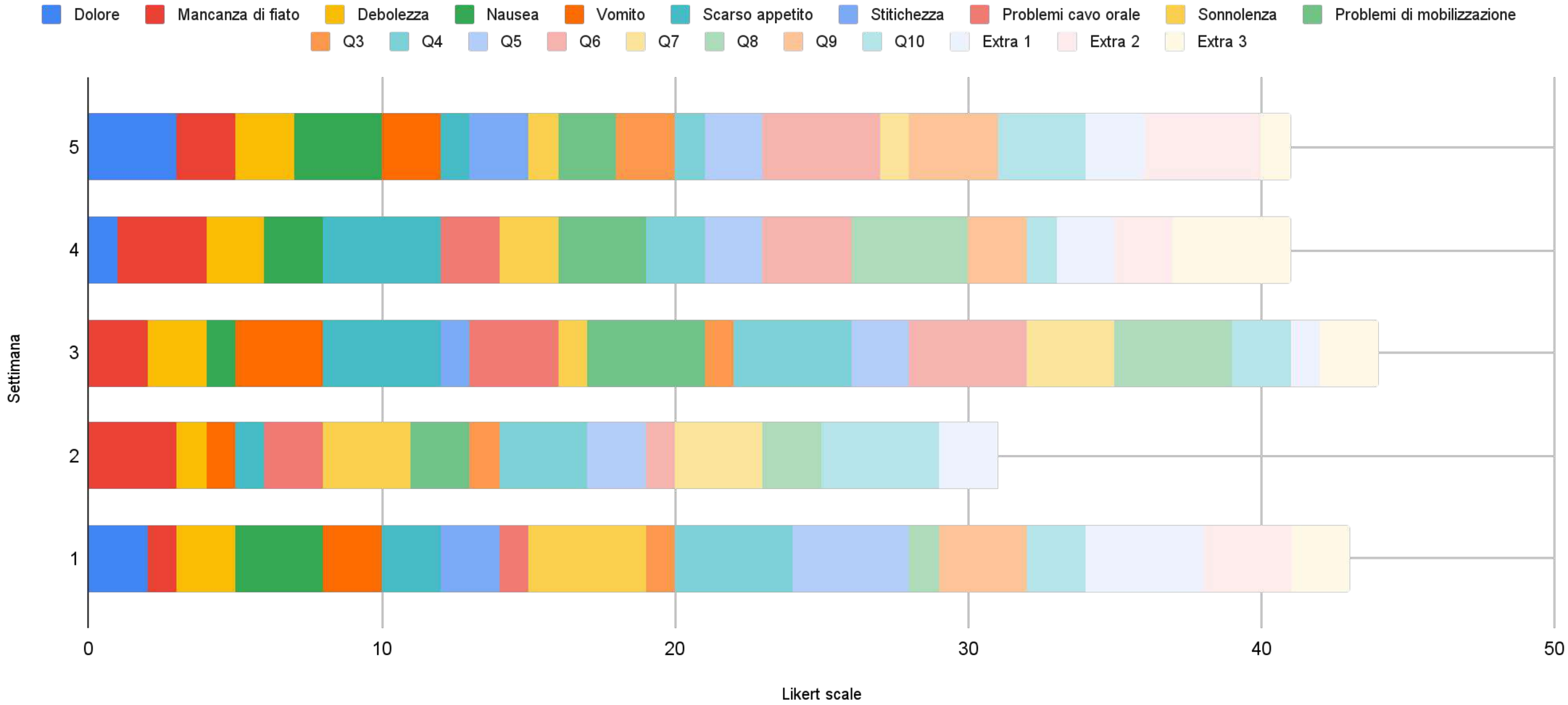
Il nostro obiettivo è garantire un ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato, con la famiglia e con il palliativista ad essi associato mediante l'utilizzo di uno strumento di valutazione olistica delle necessità: **IPOS - Integrated Palliative Outcome Scale** (3).

MATERIALI E METODI

Durante la visita domiciliare viene somministrato al paziente il test nella versione da esso compilabile; la scelta della versione dipenderà dalla tipologia di paziente e dal setting assistenziale presente a domicilio. Esiste anche una versione compilabile solo dal personale sanitario.

Questi test si compongono di una parte introduttiva volta all'identificazione dei problemi e delle preoccupazioni del pz attraverso una domanda a risposta aperta (**Q1**), e di alcune serie di domande a risposta multipla volte a valutare i **10 sintomi fisici** più frequenti e altri 3 a scelta (**Q2**), gli aspetti **psicologici/relazionali** (**Q3,Q4,Q5**) , **spirituali/esistenziali** (**Q6,Q7,Q8**), **pratici** e **sociali** (**Q9**), e del **bisogno di informazione** (**Q10**).

Ogni item è valutato secondo la *Likert scale* (punteggio 0-4, dove 4 rappresenta la massima intensità del problema e 0 l'assenza del problema). Il punteggio sarà direttamente proporzionale al carico di bisogni di CP del paziente (4).



RISULTATI

L'**elaborazione** del questionario permette di valutare ed assegnare un **punteggio** ai bisogni del malato.

Successive compilazioni del medesimo test ad intervalli di tempo prestabiliti consentiranno di monitorare l'efficacia degli interventi forniti dall'equipe territoriale.

CONCLUSIONI

L'utilizzo del questionario IPOS nella pratica clinica territoriale del FVG potrebbe essere utile per semplificare l'assistenza domiciliare al paziente riducendone i sintomi e migliorandone la qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

(1) "La gestione del dolore nel paziente anziano affetto da patologie end-stage: i dati del Nucleo Cure Palliative Geriatriche dell'Ospedale di Baggiovara", Garutti Benedetta
(2) "Le cure palliative precoci", Carlo Peruselli
(3) "I bisogni di cure palliative nei pazienti geriatrici ospedalizzati: studio osservazionale longitudinale", Calciano Ilaria, 1993
(4) "Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto al piano di cura personalizzato. Proposta di Criteri condivisi per la Rete regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto", SICP

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

PDTA CADUTE DEGLI ANZIANI A DOMICILIO

Dott.ssa Tania Shemet

Abstract

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza. Le persone che cadono presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare come conseguenza del trauma danni gravi, fino a giungere alla morte. Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione significativa della qualità della vita. Da non sottovalutare un incremento dei costi sanitari e sociali legato a attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e eventuali ricoveri. Circa il 14% delle cadute sono classificabili come *accidentali*, ovvero possono essere determinate da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come *imprevedibili,* considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il **78% rientra tra le cadute *prevedibili* per fattori di rischio identificabili della persona** (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono di adottare le opportune azioni preventive. È fondamentale che i MMG, familiari/caregiver e altri specialisti coinvolti nella cura della persona anziana acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

1- Identificazione persone a rischio

Fattori intrinseci	Fattori estrinseci
Età > 65 anni	Dimensionamento inadeguato delle stanze e dei bagni
Pregresse cadute	Pavimenti e scale scivolosi
Deterioramento delle funzioni neuromuscolari	Percorsi "ad ostacoli" per raggiungere il bagno/la camera/la cucina
Deterioramento dello stato mentale e disturbi comportamentali	Calzature inadeguate
Riduzione del visus/udito	Illuminazione carente
Politerapia (4 o più farmaci)	Letto/poltrone/sedie/WC non regolabili in altezza
Altre patologie (demenza, m. di Parkinson, ictus, vertigini, osteoporosi, ipotensione ortostatica)	Bagni senza supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.
Incontinenza	Assenza di corrimano o possibilità di appoggio
Paura di cadere	Mancato uso o utilizzo scorretto di ausili per deambulazione
Dipendenza nelle ADL	Barriere architettoniche

Scale di valutazione del rischio di caduta

- Tinetti Balance
- Berg Balance Scale (BBS)
- Scala di Conley
- Timed Up and Go (TUG)
- Scala Morse
- Scala Stratify

2- Misure di prevenzione

- Informazione ed educazione alla persona e alla sua famiglia, conoscenza dei servizi e degli aiuti attivabili (UVG, UVA, ADI, ADS, ecc.)
- Incontri con le persone a rischio e/o i loro familiari, tenuti da MMG o infermieri di famiglia finalizzati all'educazione su come prevenire il rischio di caduta e diminuire la paura di cadere.
- Formulazione del PAI per i soggetti a rischio da parte del MMG insieme ai famigliari/caregiver e condivisione con altre figure coinvolte (FKT, CPSI, terapisti occupazionali, geriatri, assistenti sociali, altri specialisti) e periodico aggiornamento.
- Correzione dei rischi di caduta (vedi 1) dove possibile, ad esempio:
  Mantenere/migliorare l'efficienza fisica e l'abilità motoria; revisione della terapia; prevenire il peggioramento di patologie croniche; migliorare le capacità funzionali e favorire l'autonomia; contrastare la sedentarietà; stimolare l'attività cognitiva, la conversazione e la memoria; apportare modifiche ambientali per ridurre rischi estrinseci.

3- Gestione della caduta

- NON mobilizzare la persona senza averla valutata
- Verificare lo stato di coscienza e misurare i PV
- Accertare la presenza di ematomi, ferite, fratture, deformazioni, trauma cranico
- Tranquillizzare il pz caduto
- Applicare le misure di primo soccorso
- Allontanare la causa della caduta
- Valutare le conseguenze
- Informare il medico/altre persone di riferimento dell'accaduto
- Valutare e trattare il dolore acuto
- Monitoraggio nelle 48h per emorragie/traumi tardivi
- Sorveglianza/accompagnamento nel transfer/deambulazione

4- Prevenzione ulteriori cadute

- Sviluppare la consapevolezza rispetto ai fattori di rischio e alle strategie di prevenzione delle cadute attraverso il coinvolgimento del pz e dei familiari/caregiver.
- Potenziare l'assistenza e la sorveglianza della persona
- Adottare misure di prevenzione (vedi punto 2)

In letteratura non vi è alcuna evidenza scientifica che l'uso della protezione fisica o farmacologica protegga il paziente dalle cadute, pertanto la gestione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere/favorire l'indipendenza funzionale e con il rispetto dell'autonomia del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1) Oliver D. et al, Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses, BMJ, 2007; 334: 82. **2)** WHO Europe, What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls, 2004. www.euro.who.int **3)** Morse JM, Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls, Am. J. Infect. Control, 2002; 30: 376. **4)** Simpatie project final report safety improvement for patients in Europe reporting period feb 2005 - feb 2007 may 2007 **5)** Chiari P., Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale, Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, 2004. www.evidencebasednursing.it **6)** Ministero della Salute dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN direzione generale della programmazione RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE. Novembre 2011 **7)** Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. Paolo Chiari, Daniela Mosci, Sabrina Fontana. Centro studi EBN – Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico – Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi . Centro studi EBN – Azienda Ospedaliera di Bologna – Policlinico S.Orsola-Malpighi **8)** Evidence for Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality, marzo 2013. **9)** Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 5° rapporto. Aprile 2015. **10)** Ministero della Salute (2015), La sicurezza in casa in Caregiver e anziani: manuale didattico, Argento attivo vivere bene oltre i sessanta

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI

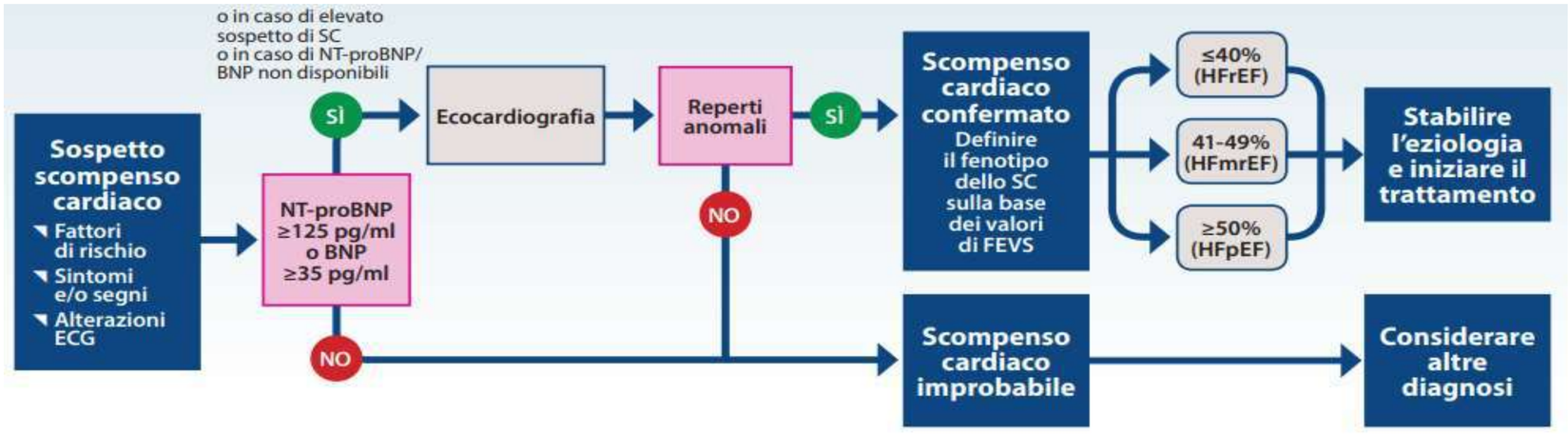
XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI
PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

SCOMPENSO CARDIACO

Raffaele Vaccari, medico di medicina generale ausl Ferrara

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica caratterizzata da:
sintomi tipici (dispnea, ortopnea, dispnea parossistica notturna, edemi declivi ed affaticabilità) segni clinici (elevata pressione venosa giugulare, rantoli polmonari ed edema periferico) Alla base vi sono anomalie cardiache strutturali e/o funzionali che determinano un aumento delle pressioni intracardiache e/o una inadeguata portata cardiaca a riposo e/o sotto sforzo.



BNP = peptide natriuretico di tipo B; ECG = elettrocardiogramma; FEVS = frazione di eiezione ventricolare sinistra; HFmrEF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta; HFpEF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata; HFrEF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta; NT-proBNP = frammento N-terminale del propeptide natriuretico di tipo B; SC = scompenso cardiaco.

MATERIALI E METODI

Per una corretta valutazione bisogna innanzitutto partire da una corretta anamnesi, EO ed ECG.
Se durante lo svolgimento di queste prime indagini la valutazione sarà negativa, con molta probabilità escluderemo la diagnosi di SC. Mentre se ci fosse la presenza di anomalie in uno di questi passaggi bisognerebbe aggiungere la richiesta ematica di BNP per stratificare la probabilità di presenza di malattia.
Successivamente si adotterà l'ecocardiogramma per definire il grado dello scompenso cardiaco.
Annualmente il paziente affetto da SC dovrà eseguire:
1-EE: emocromo, sodio, potassio, urea, urato, ferro ferritina, TIBC, saturazione della transferrina, creatinina, TSH reflex, profilo lipidico, creatinina, glicemia, glicata, funzionalità epatica
2- ECG
3- Ecocardiogramma

Tipo di SC		HFrEF	HFmrEF	HFpEF
Criteri	1	Sintomi ± segni[a]	Sintomi ± segni[a]	Sintomi ± segni[a]
	2	FEVS ≤40%	FEVS 41-49%[b]	FEVS ≥50%
	3	–	–	Evidenza oggettiva di anomalie cardiache funzionali e/o strutturali suggestive della presenza di disfunzione diastolica VS/elevate pressioni di riempimento VS, inclusi elevati livelli dei peptidi natriuretici[c]

FEVS = frazione di eiezione ventricolare sinistra; HFmrEF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta; HFpEF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata; HFrEF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta; SC = scompenso cardiaco; VS = ventricolare sinistro/a.
[a] Talvolta i segni possono non essere presenti nella fase iniziale dello SC (specie in caso di HFpEF) e nei pazienti in terapia medica ottimale.
[b] La diagnosi di HFmrEF è resa ancora più probabile quando vi siano ulteriori evidenze di cardiopatia strutturale (es. dilatazione dell'atrio sinistro, ipertrofia VS o anomalie del riempimento VS all'esame ecocardiografico). [c] La diagnosi di HFpEF è tanto più probabile quanto più numerose sono le alterazioni riscontrate.

CONCLUSIONI
Una corretta valutazione della patologia inquadrata in un contesto di rischio cardiovascolare porterebbe ad una diminuzione degli eventi acuti ed alle loro conseguenze a lungo termine nei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1-LINEE GUIDA ESC 2021

XLII CONGRESSO NAZIONALE 4S SNAMI

PALERMO ISOLA DELLE FEMMINE 2023 | 11-15 OTTOBRE HOTEL SARACEN

IL PIEDE DIABETICO NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

S. Vicentini

- Il piede diabetico è definito come infezione, ulcerazione o distruzione dei tessuti profondi con neuropatia associata e/o malattia arteriosa periferica dell'estremità inferiore di persone con diabete.

- Nonostante la maggior parte degli studi riguardi popolazioni selezionate e ciò renda difficile ottenere dati precisi e universali sull'incidenza e sulla prevalenza, viene stimato che il rischio tra le persone diabetiche di avere un'ulcera al piede varia dal 15 al 25%. Considerato inoltre che il problema più rilevante sia dal punto di vista economico sia sociale legato a un'ulcera è il rischio di amputazione, ci si chiede se un approccio integrato fra Medico di Medicina Generale, Diabetologo, Chirurgo e Vulnologo possa abbattere questo rischio.

- Dal punto di vista fisiopatologico le lesioni ulcerative sono la conseguenza di una neuropatia (sensoriale, motoria e autonomica) e arteriopatia periferica. Si configurano come il risultato della combinazione di fattori come l'aumento dello stress biomeccanico, ridotta perfusione cutanea, perdita delle sensazioni di protezione traumi esterni. Secondo alcuni studi i traumi correlati alle calzature sono più frequentemente gli eventi che fanno precipitare un'ulcera.
- Queste lesioni si possono presentare su tutta la superficie del piede anche se circa il 50% si colloca più frequentemente sulla faccia plantare (incluso l'alluce).
- Quando parliamo di lesioni in un piede diabetico non possiamo non menzionare il ruolo delle infezioni che complicano il quadro, conferendo quindi maggior gravità alla situazione e rientrando fra le cause principali di amputazione.

- Per quanto riguarda la neuropatia la diagnosi prevede un attento esame neurologico dei piedi mentre per quanto riguarda le caratteristiche istologiche dell'arteriopatia queste non differiscono dall'arteriopatia della popolazione non diabetica. Differiscono invece le caratteristiche cliniche: nei diabetici l'arteriopatia è più frequente, veloce, non risparmia le donne in età fertile, interessa prevalentemente le arterie sotto al ginocchio e spesso manca del sintomo più precoce, ovvero la claudicatio. Queste caratteristiche fanno sì che la rivascolarizzazione sia sì indispensabile per curare il piede ma non sufficiente per guarirlo. Ecco perchè si parla di approccio multidisciplinare integrato per guarire e prevenire una patologia multifattoriale.

- La modalità di valutazione proposta consente a chi deve effettuare azioni di prevenzione e miglioramento di individuare criteri di priorità mirati specificatamente ai singoli fattori presi in considerazione.

Come prevenire un'ulcera?

1. Identificare un piede a rischio e stabilire la frequenza dei controlli

CATEGORIA	RISCHIO DI ULCERA	CARATTERISTICHE	FREQUENZA
0	Molto basso	No LOPS e NO PAD	Una volta all'anno
1	Basso	LOPS o PAD	Una volta ogni 6-12 mesi
2	Moderato	LOPS + PAD, LOPS + deformità del piede, PAD + deformità dei piedi	Una volta ogni 3-6 mesi
3	Alto	LOPS o PAD e uno o più dei seguenti: •Storia di un'ulcera del piede •Amputazione degli arti inferiori (maggiore o minore) •Malattia renale allo stadio terminale	Una volta ogni 1-3 mesi

Abbreviazioni: LOPS, perdita della sensazione protettiva; PAD, arteriopatia periferica

2. Esaminare il piede a rischio

COSA OBIETTIVARE:
Presenza di ulcera
Ulcera pregressa
Deformità del piede
Mobilità articolare limitata
Segni di pressione anomale (calli)
Scarsa igiene del piede
Ulcera pregressa
Amputazione arti inferiori
Neuropatia periferica:
(A) •*sensibilità protettiva (monofilamento) non rilevabile*
•*Vibrazione non rilevabile*
•*Tocco leggero non rilevabile*
Polsi distali:
•*arteria tibiale posteriore assente*
•*arteria dorsale del piede assente*
(B) •*Misurazione dell'indice di pressione caviglia braccio (ABI)*

(A)

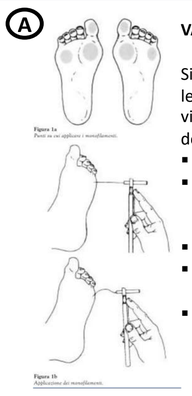


Figura 1a
Punti su cui applicare i monofilamenti.

Figura 1b
Applicazione dei monofilamenti.

VALUTARE LA SENSIBILITA' SUPERFICIALE CON IL MONOFILAMENTO

Si tratta di un monofilamento di plastica applicato a un cilindro di legno o di altro materiale che esercita una pressione costante e viene quindi utilizzato per una valutazione oggettiva dei disturbi della sensibilità.

- Il paziente deve rimanere ad occhi chiusi durante la manovra
- L'operatore deve imprimere abbastanza forza nei punti indicati in figura affinchè il filamento si fletta, poggiandolo perpendicolarmente sulla superficie cutanea per circa 2 secondi.
- Si chiede al paziente se e dove sente la pressione
- Ripetere l'operazione 3 volte sullo stesso punto alternando con simulazioni
- Il test è considerato positivo (paziente a rischio) se per qualsiasi punto il paziente risponde in modo improprio due volte su tre

(B)

ABI	CLASSIFICAZIONE
1,00 <ABI> 1,3	Normale
0,99 >ABI> 0,90	Sospetta arteriopatia
0,89 >ABI> 0,5	Arteriopatia moderata
ABI< 0,49	Arteriopatia severa
ABI> 1,3	Probabile calcificazione delle pareti arteriose

3. Educare il paziente, la famiglia e gli operatori sanitari

COSA FARE ✔

- Ispezione e cura quotidiana dei piedi e degli spazi interdigitali
- Se la pelle è secca usare crema idratante, se è umida talco
- Tagliare le unghie dritte e non molto corte evitando di pungere la cute. Usare una limetta non metallica ma di cartone
- Indossare sempre i calzini e cambiarli ogni giorno
- Avvertire il medico se si nota una diminuzione di sensibilità o la presenza di qualunque callosità, screpolatura, vescicola, arrossamenti o ulcera

COSA NON FARE ✖

- Camminare a piedi nudi
- Utilizzare elastici stretti, calze autoreggenti, calzini rammendati
- Tagliare le unghie troppo corte
- Utilizzare sandali che lasciano scoperte le dita (rischio di ferite)
- Utilizzare solette in plastica o in gomma o calzature con materiali impermeabili

4. Garantire l'utilizzo di calzature adeguate

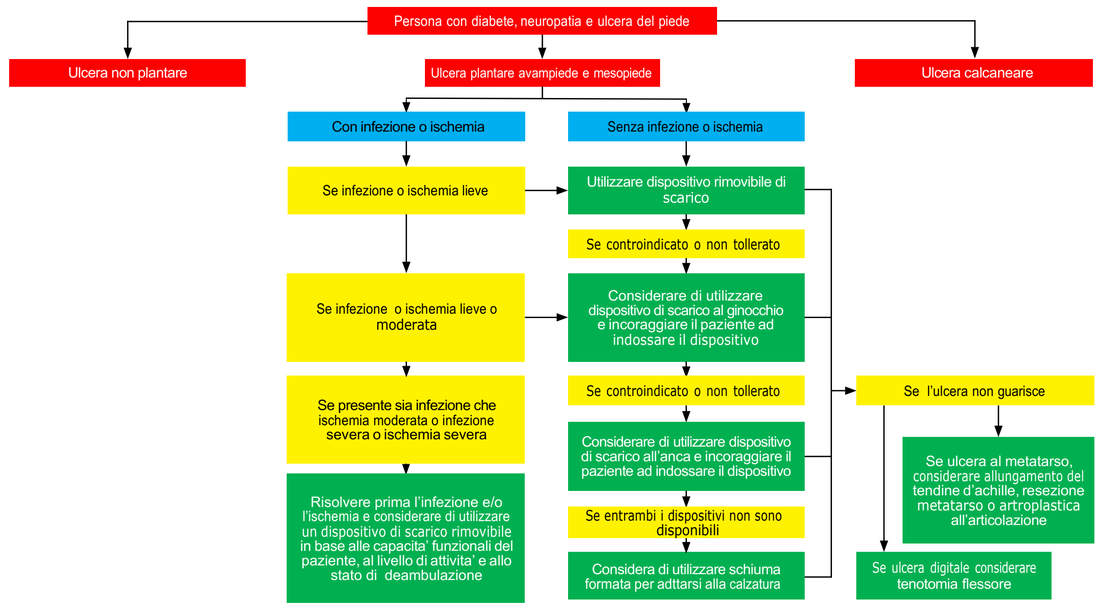
- La lunghezza interna della scarpa dovrebbe essere da 1 a 2 cm più lunga del loro piede e non dovrebbe essere né troppo stretta né troppo larga.
- Se una scarpa ha causato un ulcera quella scarpa non deve più essere indossata.

5. Trattamento dei fattori di rischio per l'ulcerazione

- Ciò comporta la rimozione dei calli, proteggere le vesciche o drenarle se necessario e trattare adeguatamente le unghie incarnite o ispessite.

Cosa fare se è presente un'ulcera?

1. Scarico della pressione e protezione dell'ulcera



2. Trattamento dell'infezione

Severità infezione	Fattori aggiuntivi	Usuale patogeno	Potenziali regimi empirici
Lieve	Non complicanze	GPC	Penna S-S; Cefalo di 1a gen
	Allergia β-lattamico o intolleranza	GPC	Clindamicina; FQ; T/S; Macrolide; Doxy
	Antibioticotp recente	GPC+GNR	B-L-ase-I; FQ; T/S
	Alto rischio di MRSA	MRSA	Linezolid; T/S; Macrolide; Doxy
Moderato o grave	Non complicanze	GPC±GNR	B-L-ase-I; ceph di 2a/3a gen
	Antibioticotp recente	GPC±GNR	B-L-ase-2; ceph di 3a gen; gruppo 1 carbapenem
	Ulcera essudante o clima caldo	GNR, pneudomonas	B-L-ase-2; Penna S-S + ceftazidima; Penna S-S + cipro; gruppo 2 carbapenem
	Ischemia critica/necrosi	GPC±GNR±aerobi	B-L-ase-1 o 2; gruppo 1 o 2 carbapenem; ceph di 2a/3a gen + clindamicina o metronidazolo
	Fattori di rischio per MRSA	MRSA	Considere l'aggiunta o la sostituzione con glicopeptidi; linezolid; daptomicina; acido fusidico; T/S; doxy
	Fattori di rischio per resistenze GNR	ESBL	Carbapenemi; FQ; Aminoglicosidi e colistina

Abbreviazioni. GPC: cocchi Gram+; GNR: Cocchi Gran-; MRSA: Staphylococcus aureus meticillino-resistente; ESBL: organismo produttore di ß-lattamasi a spettro esteso,Penna S-S: penicillina semisintetica resistente alla penicillina; ß-L- ase: ß-lattamico, inibitore della ß-lattamasi; ß-L-ase 1: amoxicillina/clavulanato, ampicillina/sulbactam; ß-L-ase 2: ticarcillina/clavulanato, piperacillina/tazobactam; doxi:doxiciclina, carbapenemi gruppo 1: ertapenem, carbapenemi gruppo 2: imipenem; cefalosporina gen: generazione; Pip/tazo: piperacillina/tazobactam; FQ: fluorochinolone con buona attività contro i cocchi gram-positivi aerobici (ad esempio, levofloxacina o moxifloxacina)

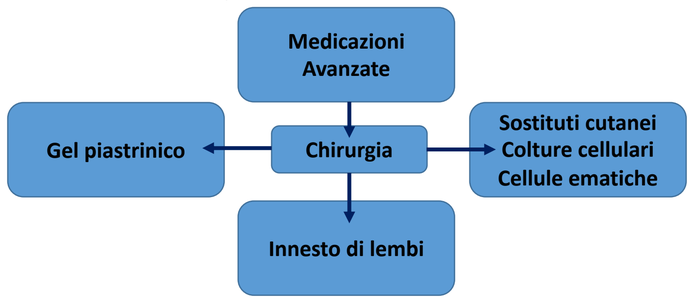
3. Ripristino delle perfusione tissutale

- Il trattamento endovascolare o chirurgico classico (by pass) si è dimostrato essere l'unico trattamento in grado di diminuire significativamente il numero di amputazioni maggiori ripristinando un flusso diretto arterioso laddove questo è interrotto o diminuito.

4. Controllo metabolico e trattamento delle comorbidità

5. Cura dell'ulcera tramite debridement e medicazioni avanzate

- Moderno approccio alle lesioni cutanee nel piede diabetico:



BIBLIOGRAFIA

1. Piede diabetico e medicazioni avanzate. A. Grasso. 2018
2. Linee Guida Italiane dell'IWGDF 2019 sulla Prevenzione e Gestione del Piede Diabetico:sviluppo di un consenso globale basato sulle evidenze.
3. Visitare il piede diabetico. G.Medea
4. Piede diabetico:validazione di un percorso comune di prevenzione tra Medicina Generale e Diabetologia. G.Barillà, C. Aricò, S.Calgaro, V.Mares, M.Milinovic 2014.
5. A psycho-educational intervention for the prevention of foot lesions in people with diabete: Report of a clinical audit. L. Baccolini et all.
6. The ankle-brachial index for assessing the prevalence of periferal artery disease and cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitu. 2023 G. Sartore et all.
7. Sex and gender differences in chg-term complications of type 1 and type 2 diabetes mellitus in Italy. 2022. G.T. Russo et all.

4Science Società Scientifica SNAMI per la Salute

SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SNAMI