

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

"CI RACCONTIAMO"

- X / 2019 -

A Cura di

Maria Zamparella

Redazione: V. Bellini, P. De Vitis, M. G. Forte, S. Esposito, V. Gasparre, V. Petruzzelli, G. Riganti, M. Zamparella

Gli OBIETTIVI

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

Genetic screening for brca1- brca2 in primary care in subjects at high familial risk for ovarian and breast cancers

24TH WONCA
EUROPE
CONFERENCE
Bratislava
June 26-29, 2019



24TH WONCA Europe Conference
June 26 - 29, 2019, Bratislava, Slovakia

Abstract ID: 268
Abstract title: Genetic screening for brca1-brca2 in primary care in subjects at high familial risk for ovarian and breast cancers

P-188-e-poster
ID: 268
Genetic screening for brca1-brca2 in primary care in subjects at high familial risk for ovarian and breast cancers

Background

Primary care providers (PCPs) play a critical role in the management of the global health of the citizen, dealing with health education, primary and secondary prevention, diagnosis and treatment. It is important that PCPs have the knowledge of genetic screening and its usage criteria to identify people at risk and direct them towards adequate prevention

Ci siamo!!!

Con estremo ritardo rispetto ad una programmazione di Edizione bimestrale, finalmente, abbiamo la X edizione del nostro "Giornale di Ricerca in Medicina Generale".

Con orgoglio "scrivo" la gioia e l'entusiasmo, spesso affogato da svariate delusioni del percorso formativo, dei giovani colleghi, in formazione specifica, che nonostante i vari impegni si dedicano ad ideare progetti di ricerca, a sensibilizzare la ricerca in Medicina Generale e ad integrarla con progetti Universitari, Ospedalieri e dell'IRCCS.

Il gruppo di ricerca, da me coordinato e strutturato dal 2014 nel CFSMG dell'Ordine dei Medici della provincia di Bari, riporta in questa edizione nella colonna "Una Finestra sui nostri Lavori" quattro studi (di cui uno in collaborazione con il dott. G. Colucci responsabile del "Laboratorio delle tesi" del CFSMG della provincia di Taranto) accettati e pubblicati negli atti congressuali dal Wonca Europe 2019 (Bratislava 26 - 29 giugno 2019). Il nuovo triennio del CFSMG è iniziato con estremo ritardo (15 marzo 2019) per il "giusto" e "voluto" ampliamento del numero delle borse di studio per la Formazione Specifica in Medicina Generale, 61 in più con un totale di 164, a cui si aggiungeranno i soprannumerari che inizieranno il corso dopo il 15 settembre 2019, data ultima di scorrimento della graduatoria.

Come coordinatore del gruppo di ricerca per percorsi didattici, strutturazione ed organizzazione, non ho ancora avuto modo di conoscere i colleghi in formazione del nuovo triennio 2018-2021, interessati alla partecipazione agli AUDIT di ricerca che consentono un percorso di studio guidato con l'obiettivo di creare e strutturare percorsi di ricerca in Medicina Generale.

paths. Our study aims to evaluate the genetic risk for mammary and ovarian neoplasia for BRCA1/BRCA2 mutations in primary prevention and the knowledge that PCPs have of genetic screening.

Methods

We recruited fifty PCPs (ASL BA), all of whom filled in a questionnaire consisting of 16 questions exploring their knowledge of the genetic test and the sending methods to the genetic counseling.

Results

62.8% of PCPs recruited evaluate their genetic preparation at least sufficient but all of them believe they need to be trained and updated in this field even if only 8.8% attended training courses; 11.4% know the criteria and the latest guidelines to perform a genetic risk assessment for breast and/or ovarian cancer but only 5.7% consider themselves capable of carrying out it; 48.5% recommend genetic counseling to their patients (96.1% require less than 5 a year); 45.7% would be interested taking part in a research project in this field.

Discussion

Il coinvolgimento attivo dei futuri MMG in formazione Specifica, ai fini di sensibilizzarli alla ricerca in medicina generale permette loro una crescita professionale in Cure Primarie, poiché forma il futuro MMG alla raccolta dei dati, al Self Audit ed all'Audit clinico con il confronto tra pari, attraverso il lavoro di gruppo e la partecipazione a progetti consentendo una migliore gestione delle varie patologie. Sicuramente il percorso viene considerato dal punto di vista didattico un'esperienza positiva e crescente che con grande soddisfazione mi vede coinvolta a trasmettere loro, conoscenze, aggiornamenti scientifici, di pratica clinica e tanto altro

e mi consente di scrivere, come consuetudine in ogni Edizione,

“Continuiamo a raccontarci “ Poiché

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

Maria Zamparella
zamparella.maria@gmail.com



This survey indicates a need for PCPs to improve their knowledge on genetic tests through specific educational and innovative programs aiming to promote not only their proper use but also an effective and comprehensive communication for patients.



AGGIORNAMENTO

“Il roncio detto acufene”

Per acufeni si intendono quei suoni percepiti da un soggetto e che possono essere localizzati dallo stesso in uno o entrambe le orecchie o diffusamente nella testa (tinnitus aurium o tinnitus cerebri). L'acufene è un sintomo e non una malattia. L'acufene ha tonalità diverse ed è assimilato dal paziente a rumori diversi. L'acufene può essere obiettivabile o non obiettivabile. Si definisce obiettivabile quando l'esaminatore può ascoltare o registrare la sensazione sonora che avverte il paziente, non obiettivabile quando la sensazione sonora è propria ed esclusiva del paziente.

Le statistiche di riferimento alla popolazione sono varie: Dhamad N. e Seidman M. (Detroit, U.S.A., 2004) in America su una popolazione di 245 milioni 35 milioni accusano acufeni saltuari e 2,5 milioni acufeni severi; nel Regno Unito da una ricerca condotta dall'Institute of Hearing Research (1978), a mezzo di questionari compilati da circa 1.000 soggetti con più di 17 anni di età, è emerso che il 10-18% degli intervistati denunciava acufeni di durata superiore ai 5 minuti e l'8% che comportavano disagio o disturbi del sonno; in Svezia, Axelsson e Ringdahl (1989), hanno effettuato una ricerca su 3600 abitanti della città di Gotebor documentando che il 14,2% dei soggetti soffriva di acufeni “spesso” o “sempre”; in Germania, Pilgramm (1999), su 3049 soggetti campionati casualmente il 24,9% ha riferito di aver subito acufeni almeno una volta nella vita, il 3,9% acufeni presenti al momento dello studio, il 3,6% acufene presente da più di 10 mesi e che il 53% dei soggetti riferivano la presenza contemporanea di acufene ed ipoacusia. Nel 1991 Quaranta A. & coll., in una ricerca realizzata su 2216 soggetti residenti in 5 province in Italia mediante la collaborazione tra le università di Palermo, Padova, Firenze, Bari e Milano, che si prefiggeva lo studio epidemiologico dei problemi uditivi nella nazione, si sono ottenuti i seguenti risultati: il 14,5% dei soggetti esaminati manifestava acufene cronico

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

Tabagism and cessation programs in primary care

24TH WONCA
EUROPE
CONFERENCE
Bratislava
June 26-29, 2019



24th WONCA Europe Conference
June 26 - 29, 2019, Bratislava, Slovakia

Abstract ID: 274
Abstract Title: Tabagism and cessation programs in primary care

P-190-e-poster
ID: 274

Background

According to WHO, the percentage of smoking deaths is between 25% and 50%, gradually increasing by 10% in the world. During the decade 2020-2030, deaths will be 10 million/year (one third caused by cardiovascular diseases). Physicians give poor attention to prevention, that's inadequate. Italian smokers are a quarter of population, including health workers. Almost >50% of patients relapse smoking, after an acute cardiovascular event.

Aim

To evaluate the prevalence of ASL/BA smokers GPs, their level of knowledge, awareness to smoking, their

AGGIORNAMENTO

senza nessuna differenza fra i sessi con una prevalenza che aumenta con l'età senza mai superare il 30% e che il rapporto acufeni/sordità era del 30,5% nei soggetti sottoposti allo studio e che l'8% dei soggetti con acufeni aveva un udito nella norma. Nel bambino secondo gli studi più accreditati l'acufene avrebbe una incidenza indipendente dal grado di sordità: in un gruppo di 55 bambini audiolesi il 56% soffrirebbe di acufeni, in una popolazione di 92 bambini colpiti da sordità parziale il 66% e in un gruppo di 66 bambini sordi ricoverati presso istituti il 29%. Nei bambini gli acufeni sono descritti "intermittenti" da quasi tutti solo due li definiscono "permanenti". L'incidenza percentuale di acufeni nell'infanzia è di difficile valutazione in quanto difficilmente il bambino denuncia il sintomo specie se si è manifestato sin dalla nascita.

L'acufene può essere anche classificato in altri modi: continuo, saltuario, pulsante, intermittente, fluttuante, a tonalità acuta o grave o variabile, di intensità lieve o moderata o media o forte. Le cause di acufeni possono essere varie e si possono distinguere in audiogene o non audiogene.

Cause audiogene possono riguardare l'orecchio esterno (corpi estranei, tappi di cerume, otite esterna, anomalie anatomiche, ecc.) oppure l'orecchio medio (otiti catarrali acute e croniche, otosclerosi stapedo-ovalare, da contrazioni dello stapedio e del tensore del timpano, glomi, ecc.) o ancora cocleopatie acute, croniche o genetiche (cocleopatie tossiche più frequentemente iatrogene, le cocleopatie batteriche e virali, le cocleopatie vascolari improvvise e croniche, la Sindrome di Ménière, il trauma acustico acuto e cronico, i traumi della rocca petrosa in genere con fratture a decorso trasversale, ecc.). Le cause non otogene possono riguardare vari distretti e organi o apparati (fistole artero-venose, patologie vascolari in genere, dismetabolismi, tumori cerebrali, Sindrome di Arnold Chiari, conflitto neuro-vascolare, ipertensione endocranica benigna, ernie cervicali, artrosi cervicale, patologie epatiche, patologie renali, patologie cardiache, patologie neurologiche, malattie autoimmuni, aneurismi, muscolari da contrazione dei muscoli masticatori come i pterigoidei, i peristafilini, e gli elevatori del

attention in prevention, treatment and implementation of cessation programs.

Materials and methods

An anonymous Questionnaire (29 items) was administered by web with Google account, in collaboration with IRCSS Oncology Bari, to 680 GPs ASL/BA, FIMMG members (October 2018 and is ongoing).

RESULTS (work-in-progress)

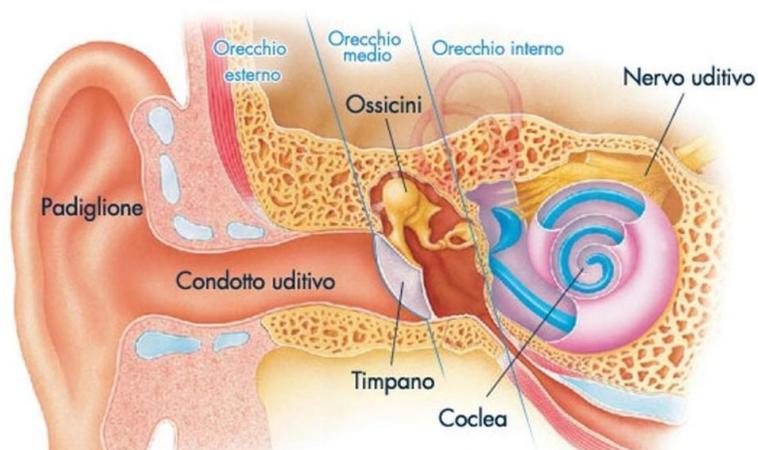
At 8th January 2019, 110 answers (16.17%), 70% M and 30% F aged: (4.14%) 30-50y, (78.2%) 51-65y, (16.4%) >66y. The 24.5% < 1000 patients, 75.5% > 1000 patients; 86.36% don't smoke, 13.6% smoke: cigarettes (56.3%), cigar (18.8%), pipe (12.5%), electronic cigarette (18.8%), IQOS (12.5%). Smoke: (5.4%) < 5/day, (2.7%) < 10/day, (3.16%) < 20/day, (0.9%) > 20/day. On average the 4.84% started smoking between 15-30 age. 55.6% stopped smoking (100% by non-pharmacological method), 18.18% tried to quit (20% on average 3 times). 81.8% considered smoking an addiction, 14.5% an habit, 3.6% both. 67.3% said smoking abstinence-syndrome lasts long time, 23.6% few

AGGIORNAMENTO

palato, da rumori temporo-mandibolari, masticatori o cervicali; respiratori, invecchiamento fisiologico dell'apparato uditivo, ecc.)

Si evince da quanto precedentemente scritto che la causa di un acufene è talmente varia che risulta impossibile applicare una cura univoca per la risoluzione del problema. L'intervento terapeutico può mirare o alla risoluzione della causa, quando possibile, oppure a cercare di disattivare il sintomo o per lo meno ad attenuarlo.

Principalmente la teoria più accreditata sul meccanismo di insorgenza dell'acufene si basa sul Modello Jastreboff. La teoria di questo modello si basa su principi neurofisiologici asserendo che il sintomo è innescato nel sistema limbico (coinvolto in emozione), e nel sistema nervoso autonomo, che controlla tutte le funzioni del corpo attivati in una reazione che determina in cosiddetto tinnito fastidioso. Le vie uditive giocano un ruolo secondario.

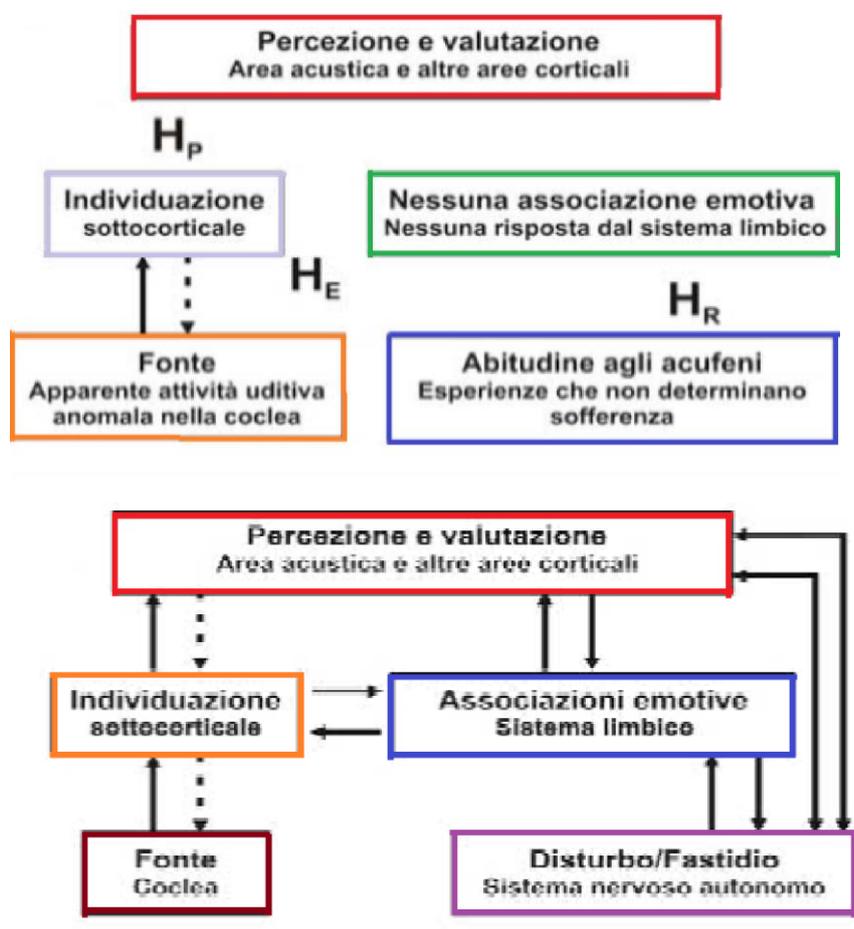


days, for 9.1% doesn't exist. 63.63% recommend cessation to motivated patients, 55.5% believed that's FUNDAMENTAL starting counseling in patients with risk factors, 80% considered it FONDAMENTAL in patients with a previous cardiovascular event. For 81.81% GPs should start cessation programs, but the 77.27% consider themselves inadequate, 23.63% would send to anti-tobacco centers, 12.72% would prescribe a therapy. 66.4% never sent patients to anti-tobacco centers; 33.6% did it. 83.6% don't know management and programs.

CONCLUSIONS

The ASL/BA GPs recognize smoking as an addiction. Although they feel themselves inadequate, they are available to implement their knowledges toward smoking cessation programs. The Survey allows to know GPs' skills to plan training meeting and to share educational programs with anti-tobacco centers.

AGGIORNAMENTO



Le terapie proposte sono varie molte in relazione alla patologia scatenante il sintomo altre miranti a disinnescare il processo limbico, altre ancora a ridurre i sintomi ansiogeni e di irritabilità che accompagnano spesso l'acufene altri ancora a cercare di gestire lo stato sonno veglia spesso alterato.

Vito Bellini

UNA FINESTRA SUI
NOSTRI LAVORI

An integrated management model for copd in primary care.

4th WONCA
EUROPE
CONFERENCE
Bratislava
June 26-29, 2019



24th WONCA Europe Conference
June 26 - 29, 2019, Bratislava, Slovakia

Abstract ID: 216

Abstract title: An integrated management model for copd in primary care

ID: 216 An integrated management model for copd in primary care

BACKGROUND

Spirometry is essential to diagnose COPD, a disease that is showing increasing prevalence, incidence and mortality (4th cause of death): 23M COPD patients (pts) in the 28 EU countries (260 M inhabitants > 40 years) with more than 1M admissions a year and about 150.000 deaths. All the epidemiological studies in the last 15 years clearly showed a significant underdiagnosis (in 5-10% of the population > 40 years, only 1 pt sick out of 5 has a COPD diagnosis). Among the main causes of under- and over- diagnosis there is the scarce diffusion of functional diagnostics (only 30% of COPD pts performed a spirometry and a confirmation of the diagnosis

INNOVAZIONE

NUOVE DIPENDENZE

"Stacca gli occhi dal cellulare e scopre di essere arrivato a piedi in Russia". Questa palese fake news, fa sorridere, ma in realtà dovrebbe farci riflettere su quella che sta diventando una vera e propria dipendenza. Nomophobia (nomofobia in italiano), é il termine inglese nato dall'abbreviazione di "no-mobile-phone", coniato per indicare il terrore di rimanere sconnessi dalla rete mobile. L'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva ha provato a descrivere alcuni dei possibili sintomi della nomofobia: si tratta di sensazioni che somigliano molto ad attacchi di panico, come angoscia, vertigini, nausea, sudorazione, tremori, tachicardia, ecc.

La ricercatrice Francisca Lopez Torrecillas dell'Università di Granada ha svolto uno studio su giovani tra i 18 e i 25 anni ed ha riscontrato che si tratta della fascia d'età che maggiormente soffre di dipendenza da smartphone. Per la docente, le cause più evidenti sarebbero bassa autostima e problemi nelle relazioni sociali. Secondo David Greenfield, professore di Psichiatria all'Università del Connecticut, questa dipendenza può influire sulla produzione della dopamina (il neurotrasmettitore del piacere e della ricompensa); di conseguenza, ad esempio, all'apparire di una notifica di WhatsApp o Facebook il livello di dopamina tenderebbe a salire, nella speranza che si stia per vivere qualcosa di eccitante. Per quanto concerne le ricerche italiane, due studiosi dell'Università di Genova – Nicola Luigi Bragazzi e Giovanni Del Puente – hanno proposto che la nomofobia venga inserita nel "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM), punto di riferimento mondiale per psicologi e psichiatri. Bragazzi e Del Puente definiscono questa fobia come "guscio protettivo o scudo" e "come mezzo per evitare la comunicazione sociale". Secondo i ricercatori, inoltre, «come in ogni forma di dipendenza, il primo sintomo è anche in questo caso la negazione» e ciò rende più difficile l'accettazione e la cura del disturbo.

Questa condizione presenta diversi livelli di dipendenza, che

was present in 10%, whereas 50% had chronic bronchitis without signs of persistent bronchial obstruction, thus resulting in overtreatment). The lack of instrumental diagnostic support in COPD is a global criticality, not exclusive of the Italian reality. For such a disease determining a very high consumption of health resources, even burdened by high direct (consumption of drugs, hospitalization, etc.) and indirect (disability, loss of working days, etc.) costs, there is a need for a multidisciplinary and concerted management approach between GPs and specialists.

AIM

Many models have been proposed to face the lack of functional diagnostics (opening of the pneumological Units to the territory, strengthening of the territorial network, execution of spirometry in GP's offices, etc). Our plan, activating the "initiative medicine", had the following aims: 1. To sensitize the pts about the need of a test able to measure the breath; 2. To educate GPs on the need to confirm the clinical suspicion of COPD by

possono raggiungere picchi pericolosi, tali da necessitare opportuni trattamenti medico-specialistici. Più in generale, le forme di dipendenza da smartphone presentano alcuni comuni denominatori, come:

- Ignorare le persone durante una conversazione;
- Avere una tendenza al controllo ossessivo delle notifiche, delle chat o dei social network;
- Temere di perdere informazioni;
- Presentare atteggiamenti compulsivi;
- Manifestare malessere quando il cellulare è scarico o non ha linea;
- Addormentarsi ogni sera con lo smartphone in mano;
- Controllare le notifiche appena svegli.

Una persona smartphone-dipendente è più incline a trascurare i rapporti umani favorendo l'interazione digitale con il proprio dispositivo. Tale comportamento viene espresso dal neologismo "phubbing", parola anglosassone composta dai termini "phone-snubbing", che indica la condizione in cui un soggetto ignora le persone intorno, trascurando le attività sociali e continuando a prestare attenzione unicamente al cellulare. Oltre ad incrinare i rapporti umani, la dipendenza da smartphone favorisce la comparsa di disturbi del sonno, unita ad un'accentuata propensione a rendere pubblico ciò che è privato.

Isolamento, ansia, stress, depressione e solitudine accompagnano chi soffre di dipendenza da smartphone, il cui malessere è più marcato quando l'oggetto della dipendenza non può essere usato, o quando gli eventi esterni rappresentano un diversivo dal suo utilizzo. Oltre all'aumento dello stress, lo stimolo di controllare il cellulare in maniera compulsiva, rappresenta un ostacolo alla concentrazione. In effetti, l'uso crescente della connessione mobile durante le ore lavorative, rende più complesso il rendimento e la capacità di svolgere le proprie mansioni a causa della difficoltà a focalizzare l'attenzione su ciò che si sta facendo, portando spesso a risultati meno efficaci e incidendo negativamente sulla produttività nel lavoro e nello studio.



performing spirometry; 3. To make easier the access to the 1st level of respiratory functional diagnostics by performing spirometry in GP's office; 4. To realize an integrated patient management with the support of pulmonologists allowing a significant improvement in COPD management, % of diagnosis and diagnostic-therapeutic appropriateness (according to specific guidelines). Our leading target could be summarized by the sentence "no diagnosis and therapy of COPD will be possible in the absence of a bronchial obstruction demonstration").

MATERIALS AND METHODS

40 GPs of ASL BA have joined the project with a "path phases": 1°- training in spirometry execution and Self and Clinical Audits, useful to educate GPs on the need of spirometry for COPD diagnosis and of pts' adherence in the use of this test; 2°- enrollment of pts in an asymptomatic (smokers, previous smokers exposed to passive smoking and workers at risk) and symptomatic (in the absence of a respiratory illness diagnosis) 1st step and

INNOVAZIONE

Quando tutte queste situazioni appena elencate si presentano con una certa frequenza ed intensità, sarebbe opportuno porsi delle domande per capire se si è davvero colpiti dalla dipendenza da smartphone, o dalla dipendenza da internet, e dell'entità di questa condizione. È pertanto opportuno porre l'attenzione su tale problematica emergente nei nostri ambulatori, e mettere il paziente a conoscenza di quelle che potrebbero essere le conseguenze correlate a questo disturbo.

Sarah Esposto





in a 2nd step for pts affected by a known COPD; 3°-evaluation: clinical and anamnestic, also by CAT/mMRC questionnaire; functional by simple spirometry and bronchodilation test; pneumological (integrated in GP's office).

218 pts were enrolled, 10 (5 asymptomatic, A and 5 symptomatic, S, or with COPD) for each GP. COPD group consists of 68 pts whereas HEALTHY group consists of 150 pts (105 A and 45 S).

RESULTS

HEALTHY group: 12 new diagnoses of COPD in A (11.42% out of 105, 8% out of 150 and 5.50% out of 218) and 25 in S pts (55.55% out of 45, 16.66% out of 150, 11.46% out of 218). COPD group: after spirometry, 34 pts (50%) modify the inhalation therapy (according to the extent of the bronchial obstruction, 18 (26.47%) were overtreated and 16 (23.52%) were undertreated) and 20 pts (29.41%) were found to suffer from a simple chronic bronchitis.

CONCLUSIONS

COPD, a complex disease

BENESSERE E STILI DI VITA

“LA MEDICINA GENERALE COME “MEDICAZIONE AVANZATA”

L'età media della popolazione italiana, e non solo, è cresciuta notevolmente negli ultimi decenni. A questo fenomeno si accompagna l'aumento del numero di pazienti con patologie croniche e il Sistema Sanitario Nazionale si trova a dover quindi affrontare una situazione nuova, con la difficoltà della scarsa disponibilità di risorse economiche e umane.

L'incremento delle “cronicità” come condizioni patologiche comporta ovviamente un aumento della spesa, continue richieste di esami strumentali e di laboratorio e costante allungamento dei tempi d'attesa; appare lampante dunque come la sola strategia vincente possa essere la prevenzione e la correzione degli stili di vita.

Questa nuova situazione socio-sanitaria ha portato alla nascita di una nuova branca, sempre più sviluppata: la vulnologia. Il paziente “cronico” è infatti tipicamente un paziente anziano, fragile, spesso con ridotta o assente mobilità e una complicata compresenza di svariate patologie croniche, molte delle quali coinvolgono in maniera decisiva la funzionalità respiratoria e quella circolatoria. Appare ovvio perciò come questi siano gli ingredienti perfetti per l'insorgenza di una sofferenza vascolare periferica e quindi di aree di ipossia, in una parola: l'ulcera cronica.

Per ulcera si intende una lesione cronica della cute e del sottocute coinvolgente lo stroma, la cui eziopatogenesi è strettamente connessa ad un'alterazione del fisiologico processo di guarigione.

L'Italia è il secondo Paese al mondo per longevità, cosa che in termini clinici si è tradotta negli anni nell'aumento del 20% della prevalenza di ulcere croniche.

Studi italiani delle Lesioni Da Decubito (AISLeC 1994) dimostrano come i pazienti chirurgici presentino un rischio maggiore di sviluppare ulcere croniche e/o LDD, in relazione al tempo di

characterized by high phenotypic heterogeneity due to the frequency of



exacerbations, severity of symptoms and presence of comorbidities, should be standardized in severity. The poor appropriateness in the diagnostic process also has an effect on a therapeutic inappropriateness, so determining a waste of health resources. Our study shows that a simple spirometry allows to solve the above underlined problems related to COPD, including the lack of adherence to the guideline indications of the therapeutic protocols (OSMED 2016: 13.8% of pts takes therapy in a chronic way whereas 62.8% only occasionally; in Apulia region, these data are pejorative: 11.3% and, respectively, 66.6%).



BENESSERE E STILI DI VITA

allettamento; in particolare: 66% di rischio tra i pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica, 26% in terapia intensiva, 13% in neurochirurgia, 11% in LDPA. Eppure le LDD e le ulcere croniche in generale impiegano molto tempo prima di manifestarsi: esse sono dunque un'espressione di malattia sistemica che avanza lenta e indisturbata prima di determinare la lesione cutanea.

Ciò rende evidente come sia in ospedale che a domicilio del paziente vengano spesso sottostimati o non compresi i piccoli segnali d'allarme che rivelano l'inizio di una sofferenza vascolare e ipossica con alterato trofismo di cute e annessi; in questo senso la medicina generale può fare la differenza, grazie al rapporto di fiducia e duraturo nel tempo che si instaura tra il medico e il paziente, la conoscenza approfondita dello storico anamnestico e personale del paziente da parte del medico e la possibilità di distinguere nel tempo piccoli sintomi che dovrebbero metterci in guardia e che il paziente spesso non ha i mezzi o le capacità per comprendere a fondo.

Il supporto del Medico di Medicina Generale, oltre che nel preventivo riconoscimento e trattamento dei sintomi "premonitori" o della stessa ulcera, consiste anche e soprattutto nel riuscire a risolvere (o per lo meno stabilizzare) la patologia sistemica di fondo, cercando di impedire che questa progredisca, e nel sostenere il paziente ed i familiari con consigli pratici, riguardanti i dettagli della quotidianità e la correzione dell'alimentazione in funzione dello stato nutrizionale del soggetto e della sua storia clinica. Ad esempio un adulto sano, con un buono stato nutrizionale, ha un fabbisogno proteico giornaliero di ca 0,8g/Kg di proteine; un soggetto anziano invece necessita fino a 1g/Kg di peso corporeo; tutti i pazienti con LDD, a seconda della gravità e dell'estensione della lesione, possono avere un fabbisogno proteico giornaliero che va da 1g/Kg a 3g/Kg al giorno. Ciò si spiega con l'aumento del turn-over cellulare a livello lesionale e peri-lesionale determinato dai trattamenti atti ad ottenere la guarigione dell'ulcera.

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

The difficult patient and the over-medicalization (quaternary prevention). Relationship between public spending and clinical practice



BACKGROUND

Approximately 15-20% of patient-doctor meetings are defined by the latter as difficult. Difficult patients are defined as those who elicit strong negative emotions from their physicians. If not acknowledged and managed correctly, these feelings can lead to diagnostic errors, unpleasant confrontations, and troublesome complaints or legal claims. There are no "difficult patients" but "difficult relationships" due to characteristics of the patient, the doctor and / or influences of the society.

AIM

Evaluate the relationship of the Difficult Patient (DP) with the Over Medicalization (OM)

BENESSERE E STILI DI VITA

Al fine di incrementare l'apporto proteico con la dieta si possono adottare semplici ma utili stratagemmi: aggiungere carne dadini in zuppe, insalate e casseruole; utilizzare latte in polvere in cereali caldi, uova strapazzate e purè di patate; scegliere dolci che contengano uova (Pan di Spagna, crema pasticciera, budino). Ovviamente non occorre indicare necessariamente una dieta dettagliata al paziente, ma per lo meno fornirgli delle nozioni basilari per guidarlo nelle scelte alimentari; a tal proposito è molto importante sfatare alcuni falsi miti relativi agli alimenti ricchi di proteine, quali la bistecca di manzo, e favorire il consumo in quantità adeguate di alimenti che ne contengono in quantità superiori (parmigiano, bresaola, etc).

Va ricordato inoltre che attualmente il trattamento delle LDD è normato dalla Legge 299/99, la quale stabilisce che è un obbligo per i professionisti usare tutte le conoscenze più aggiornate al fine di evitare l'insorgenza o trattare le LDD, riconosciute come "danno biologico temporaneo"; l'inosservanza di tale obbligo è riconosciuto come colpa professionale dal DPR 79/97 ed è gravemente sanzionato dalla legge.



and how much it can affect the clinical practice (CP) and Public Spending (PS).

MATERIALS AND METHODS

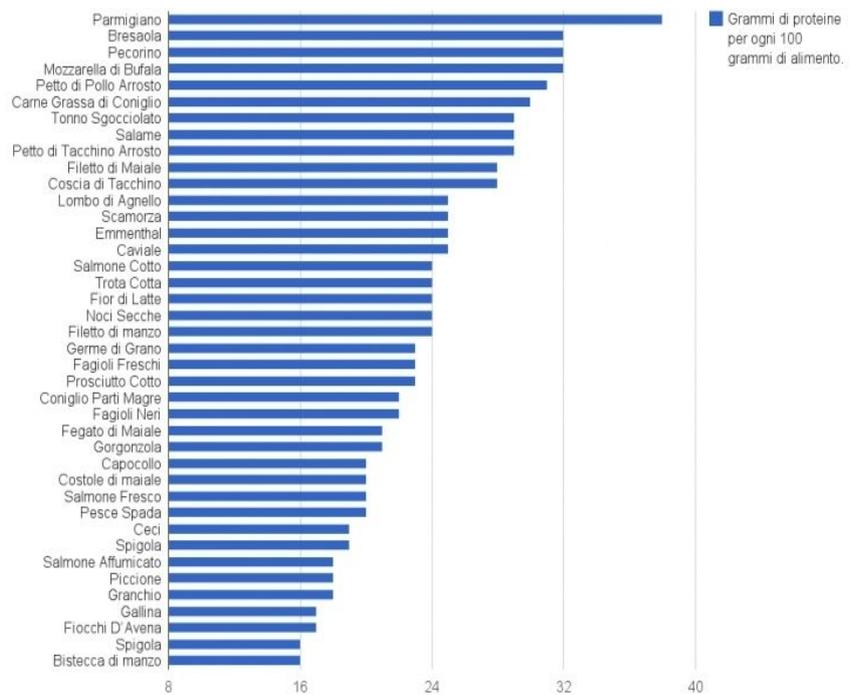
workgroup of the vocational training of general practice of Apulia Region has developed an evaluation form on DP and OM, which was administered to Doctors, who attended the General Practice’s (GP) office.

RESULTS

121 participating doctors. In the abscissae we have formulated three Items (excessive use and little use of health services, excess of medicines causes damage to health, use of validated medical practices can potentially be harmful and cause waste) in ordinate 9 items with various personalities of patients: 47.1% the patient was hypochondriac; 36.4% psychological; 27.3% were demanding. 35.5% believe that over-medicalization is observed in chronic degenerative diseases. The evidence of overdiagnosis: 42.2% dementia; 33.9% hypertensive heart disease; 32.2% greater depression. The causes of over-medicalization: 60.3% lack of GP integration and specialist; 58.7% defensive medicine;

BENESSERE E STILI DI VITA

Lista alimenti ricchi di proteine con percentuali.



Paola De Vitis

55.4% request for pcs

CONCLUSIONS

From the observations of the colleagues it emerged that collaboration between the various health figures (GP and specialists) is opportune to better identify the DP.



NEWS



BENESSERE E STILI DI VITA

La dieta chetogenica

La dieta chetogenica è un regime dietetico che induce nell'organismo la formazione di sostanze definite "corpi chetonici" come il beta-idrossibutirrato, l'acido acetacetico e l'acetone.

La produzione di corpi chetonici avviene quando si assume una quantità molto bassa di zuccheri, ad esempio in caso di digiuno o di dieta molto ricca di grassi. In questi casi l'organismo, dopo aver esaurito la scorta di zuccheri a sua disposizione è portato a consumare le riserve accumulate sotto forma di grassi.

L'assunzione quasi esclusiva di proteine obbliga l'organismo ad utilizzare le proprie riserve energetiche e dopo l'esaurimento delle stesse sotto forma di glicogeno, si instaura una neoglucogenesi epatica che produce il 20% dei nutrienti (glucosio) indispensabili per il funzionamento cerebrale.

Il glicerolo ed alcuni aminoacidi sono trasformati, a livello epatico e renale, in glucosio per un processo di neoglucogenesi.

Quindi il ridotto apporto di carboidrati stimola la lipolisi e la chetogenesi, fornisce energia al cervello ed ai tessuti e protegge la massa muscolare. Nelle diete proteiche, i lipidi endogeni rappresentano la principale fonte di energia e il loro catabolismo continua fino ad una loro consistente riduzione. Il nostro corpo brucia costantemente non meno di 150 grammi di grassi al giorno. La durata di tale schema dietetico è di 14 - 21 giorni.

Si tratta di una dieta a bassissimo contenuto calorico e glucidico, basata sul principio di ottenere un bilancio azotato equilibrato con la somministrazione di aminoacidi e proteine di alta qualità, in quantità in rapporto al peso ideale del paziente, proprio per proteggerne la massa muscolare.

Un tale schema dietetico assicura un dimagrimento rapido, effettuato prevalentemente a spese della massa grassa e senza ripresa di peso se le fasi successive vengono seguite correttamente.

Nasce il 'Core Curriculum' della medicina di famiglia una visione unitaria della professione in Italia e in Europa.

Come da Comunicato Stampa della SIMG del 14 giugno 2019, "Il documento, stilato dalla Società Scientifica e discusso con FIMMG, definisce il percorso ed i contenuti delle competenze cliniche e organizzative del MMG"

Il presidente Claudio Cricelli: "Il testo definisce e uniforma a livello nazionale i contenuti del corso triennale di formazione. I futuri medici devono saper utilizzare strumenti di organizzazione e diagnostica avanzata. Solo così può essere garantita la sostenibilità del sistema"

Il documento va a definire i criteri su cui si deve basare la formazione triennale della medicina generale per avere futuri MMG "formati" in modo omogeneo su tutto il territorio Nazionale.

NEWS

Il futuro MMG deve avere le competenze e le conoscenze specifiche per poter praticare la professione in Cure Primarie e nel documento "Core Curriculum" stilato dalle associazioni che

BENESSERE E STILI DI VITA

Questo regime dietetico permette di perdere circa il 10% del peso corporeo di partenza nell'arco dei 21 giorni.

Un esempio: un paziente di sesso maschile del peso di 70 kg in 21 giorni può perdere fino a 7 chili di peso corporeo.

La dieta chetogenica eseguita con l'utilizzo di aminoacidi e proteine di alta qualità e gestita dal medico nutrizionista esperto è da non confondere con quelle diete iperproteiche contraddistinte da quantità eccessive ed imprecise di proteine ed una scarsa attenzione alla qualità e quantità degli aminoacidi. Molti studi scientifici hanno rilevato che le diete ipocaloriche equilibrate spesso riportano ridotte percentuali di risultati positivi nel tempo, cioè di mantenimento del peso ottenuto nel tempo.

Lo schema dietetico ipocalorico e normobilanciato rimane quello più sicuro per il paziente ma spesso è difficile da attuare e a volte inefficace in quanto non toglie la fame; solo un numero ridotto di pazienti resiste a questa sensazione ed abbandona il regime dietetico prescritto dopo poche settimane.

Le diete ipocaloriche spesso sono troppo lunghe, determinano una ridotta perdita di peso per le prime settimane e con un successivo adattamento metabolico soprattutto nei pazienti che conducono uno stile di vita sedentario; sono caratterizzate da una lenta perdita di peso che spesso rappresenta un fattore demotivante per un paziente che ha più di 10 kg da perdere.

Tali regimi dietetici favoriscono le trasgressioni alimentari in quanto la fame porta a frequenti deroghe alla limitazione delle quantità alimentari e di alcuni alimenti che non dovrebbero essere assunti.

Il medico inoltre deve tener presente che quando si consigliano tali schemi dietetici, che alla diminuzione di apporto calorico si accompagna quasi sempre un abbassamento dei bisogni metabolici.

I vantaggi dunque sono: dimagrimento rapido, riduzione della massa grassa e delle adiposità localizzate, mantenimento della massa magra, diminuzione del senso di fame, non affaticamento o stanchezza, miglioramento dell'umore e della consistenza

rappresentano la Medicina Generale, SIMG e FIMMG vengono identificati i percorsi formativi per far acquisire conoscenze e competenze utili alla pratica clinica quotidiana e a svolgere la professione di medico di famiglia.

Quali i punti “salienti” del documento:

1°, Fondamentale l’acquisizione delle **conoscenze e competenze cliniche, organizzative e diagnostiche** per gestire la cronicità, la fragilità, la domanda di salute e necessarie per produrre salute;

2°, Definizione delle competenze che appartengono alla disciplina della Medicina Generale e che sono le caratteristiche proprie di ogni medico di famiglia Europeo come da indicazioni del Wonca.

Il Presidente Cricelli ha riportato che il “core curriculum rappresenta una sorta di passaporto, perché

NEWS

definisce competenze che sono proprie di ogni medico di famiglia Europeo. Ed è dinamico, perché aperto ai cambiamenti e alle nuove

BENESSERE E STILI DI VITA

cutanea, grazie proprio all’azione svolta dai corpi chetoni (energetica, euforizzante e anoressizzante).

Tale schema dietetico è indicato per i pazienti affetti da obesità medio/grave e per i pazienti in sovrappeso e deve sempre essere inserito nell’ambito di un programma di “rieducazione alimentare”, seguito cioè da diete ipocaloriche bilanciate di mantenimento/stabilizzazione dei risultati ottenuti. E’ indicata anche nei pazienti affetti da adiposità localizzate:

la regione trocanterica per esempio, nelle donne e l’addome negli uomini e per le donne in menopausa. Non possono seguire questo schema dietetico i pazienti affetti da insufficienza renale acuta e cronica, donne in stato di gravidanza ed allattamento, pazienti affetti da insufficienza epatica, da malattie psichiatriche e da ictus cerebri pregressi.

Durante il periodo dietetico devono essere ridotti gli zuccheri semplici complessi, quindi sono vietati pane, pasta, farinacei, alcolici, frutta e verdura rossa o gialla che contengono zucchero. Occorre anche prestare molta attenzione agli zuccheri nascosti, contenuti ad esempio negli eccipienti di alcuni integratori, o più banalmente, nei caffè e nelle bevande dei distributori automatici. Lo schema dietetico è quindi caratterizzato dall’utilizzo di una quota proteica ed aminoacidica (sempre con bilancio azotato equilibrato), una quota di glucidi molto ridotta (solo quella presente nelle verdure e negli ortaggi utilizzati), una quota di lipidi molto bassa (piccole quantità di olio extravergine di oliva per condire gli alimenti) e una integrazione precisa di minerali, oligoelementi, vitamine, antiossidanti, alcalinizzanti e di sostanze favorevoli il catabolismo lipidico.

Lo schema dietetico è il seguente: colazione con yoghurt bianco o ricotta, spuntino con uno yogurt bianco, pranzo con verdure fresche di stagione condite con olio di oliva e carne bianca/rossa, merenda con yogurt bianco, cena con carne o pesce e verdura fresca di stagione condita con olio di oliva. Si possono consumare durante la giornata spremute di limone consumate con acqua.

Un’osservazione risalente agli anni ’20 che il digiuno può sedare le crisi epilettiche ha portato la messa a punto di un tipo

sfide quotidiane di fronte a cui la professione ci pone”;
3°. L’acquisizione di capacità “manageriali, di organizzazione professionale e di conoscenza dei sistemi di Sanità Pubblica e soprattutto di strumenti diagnostici di I livello.” I medici di famiglia devono essere in grado di fare diagnosi molto avanzate, un tempo considerate proprie solo degli specialisti, spaziando dall’elettrocardiogramma, al doppler, all’ecografia addominale fino all’esame dell’occhio e dell’orecchio. La sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale può essere garantita solo dal trasferimento della presa in carico e della diagnostica avanzata alla medicina di famiglia, che ha tutte le competenze per farsene carico”.

Il Core Curriculum identifica inoltre i criteri ed i requisiti dei formatori del Corso di Formazione in medicina generale, oggi mal definiti e scarsamente omogenei.

NEWS

“Occorrono qualità, esperienza e formazione particolari per insegnare ai futuri medici di medicina generale i fondamenti della professione”. Tanto, riferito

BENESSERE E STILI DI VITA

particolare di dieta chetogenica che viene utilizzata nell’epilessia. Alla base del meccanismo d’azione della dieta chetogenica nell’epilessia sembrano esserci proprio i “corpi chetonici” che vengono prodotti dal fegato per sopperire alla mancanza di zucchero e diventano il carburante primario che il cervello utilizza per assolvere alle sue mansioni. L’indicazione a seguire la dieta deve essere sempre posta dal medico specialista che valuterà caso per caso indicazioni e controindicazioni. Le linee guida nazionali e internazionali considerano la dieta chetogenica un trattamento non farmacologico efficace per pazienti con epilessia resistente ai farmaci e per quei pazienti in cui i farmaci antiepilettici provocano gravi effetti collaterali.

Maria Grazia Forte



dal dott. Cricelli che in dettaglio dice :”Chiediamo un curriculum definito e criteri di selezione pubblici, trasparenti e rigorosi”.

Maria Zamparella



PILLOLE

Nuova campagna “VACCINALE” in Medicina Generale

Con un po' di ritardo dall'inizio della primavera è partita la campagna “Vaccinale” in Medicina Generale per l'Herpes Zoster e per l'antipneumococcica destagionalizzata.

Una nuova sfida per i MMG dell'ASL BA che ha come obiettivo di incrementare la copertura vaccinale antipneumococcica, sensibilizzare alla destagionalizzata della stessa e vaccinare i nostri over 65 per l'Herpes Zoster, oltre ai pazienti over 50enni affetti da patologie croniche.

Perché programmare una campagna vaccinale?

La necessità di programmare una campagna di vaccinazione è utile per ottimizzare ed organizzare i percorsi delle vaccinazioni dell'adulto in modo omogeneo su tutto il territorio dell'ASL BA e, in dettaglio, consente:

- per l'Herpes Zoster aumentare la sensibilizzazione del MMG a promuovere, ai fini di prevenzione primaria, la vaccinazione nei pazienti aventi un'età pari a 65 aa e nei pazienti a rischio aventi un'età pari e superiore a 50 aa con determinate patologie e condizioni cliniche (Diabete mellito, Malattie cardiovascolari, BPCO e soggetti destinati a terapia immunosoppressiva), secondo il calendario vaccinale 2017/2019, nel rispetto della tempistica dell'invio dei flussi informatizzati dell'anagrafe vaccinale decisa a livello Regionale e dell'organizzazione del lavoro di ogni singolo MMG (dal 1° al 31° luglio 2019);
- per la vaccinazione antipneumococcica singola e sequenziale dell'adulto (DGR 779/2018), aumentare la sensibilizzazione del MMG alla vaccinazione antipneumococcica, destagionalizzata, e sequenziale (Prevenar 13 e Pneumovax, PPV23, quest'ultima può essere co-somministrata con il vaccino per l'herpes zoster come da recente modifica di scheda tecnica supportata da svariati lavori scientifici.) ed

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA



Una «App» visita il paziente, lo fa da sola e succede nel Regno Unito.

In Gran Bretagna, dove il sistema sanitario universalistico è nato, sperimenta un servizio di assistenza medica di base fondato sull'Intelligenza artificiale.

L'assistenza sanitaria in Cure Primarie in crisi quasi ovunque, può essere salvata dalla tecnologia. I 194 Paesi membri dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) nell'ottobre scorso hanno sottoscritto all'unanimità la Dichiarazione di Astana (Kazakistan): "Attraverso il digitale e altre tecnologie, consentiremo a individui e comunità di identificare i loro bisogni di salute, partecipare alla

PILLOLE

- incrementarne la copertura vaccinale sempre nel rispetto della tempistica dell'invio dei flussi informatizzati dell'anagrafe vaccinale che è stata calendarizzata dal 1° al 31 luglio.

Il vaccino per l'Herpes Zoster può considerarsi una vaccinazione destagionalizzata; recenti acquisizioni scientifiche hanno consentito la rivisitazione della scheda tecnica del vaccino "ZOSTOVAX" che indica la possibilità di co-somministrare lo stesso con il vaccino pneumococcico polissaccaridico 23-valente con iniezioni diverse e sedi separate. Tanto, poiché un ampio studio scientifico osservazionale ha dimostrato che la co-somministrazione dei due vaccini non aumenta il rischio di sviluppare l'herpes. Lo stesso vaccino "ZOSTOVAX", può essere somministrato in concomitanza con il vaccino antinfluenzale inattivato, con iniezioni separate e sedi diverse.

*Giovanni Riganti
Maria Zamparella*



APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA

pianificazione e alla fornitura di servizi e svolgere un ruolo attivo nel mantenere la propria salute e il proprio benessere”.

Dopo la Dichiarazione di Alma-Ata del 1978, che per 40 anni è stata la base di una politica globale per le cure primarie, la Conferenza mondiale dell’Oms ha ribadito il ruolo fondamentale di quest’area dell’assistenza.

Nel Regno Unito il National Health System ha stipulato una convenzione con la compagnia privata Babylon, per l’utilizzo, per ora nella sola area di Londra, del servizio “GP at Hand”

(General Practitioner – a portata di mano).

Cosa fa Babylon?:

“Una visita virtuale, supportata da algoritmi di Intelligenza artificiale.

Usando un’applicazione il paziente si collega, comincia a dichiarare i suoi sintomi e attraverso algoritmi predefiniti in un contesto scientifico nazionale, inglese, si vanno a selezionare

progressivamente delle possibili diagnosi”. In pratica si tratta di una specie

ONCOLOGIA

Ricerca, Malattia, Pazienti, Associazioni, Volontariato...

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DELLE PAZIENTI CON CARCINOMA MAMMARIO A CINQUE ANNI DALLA DIAGNOSI

Nonostante un aumento significativo dei tassi di sopravvivenza a 5 anni per molte neoplasie degli adulti, ottenuto grazie all’effetto congiunto di prevenzione, diagnosi precoce, screening e miglioramento delle strategie terapeutiche, il cancro continua ad essere la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Il carcinoma della mammella è indubbiamente una delle neoplasie con più alto tasso di incidenza e prevalenza specie nei paesi sviluppati e rimane ad oggi la seconda causa di morte nel sesso femminile.

I passi da gigante compiuti dagli anni 90 ad oggi nelle strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche lo rendono, in molti casi, un tumore guaribile o con prognosi eccellente; tuttavia i problemi, molto spesso, cominciano alla fine delle cure, a cinque anni dalla diagnosi, quanto cioè la paziente è per definizione “guarita” e sospende terapie e controlli oncologici (visite specialistiche, esami di laboratorio, esami strumentali, dieta, counseling psicologico) eseguiti sino a questo momento in maniera periodica e puntuale.

I rischi di diffusione della malattia a distanza, infatti, esistono anche dopo questo lasso di tempo e il numero di metastasi ossee, polmonari, epatiche e , soprattutto, scheletriche è in costante aumento anche in donne che hanno subito una quadrantectomia quindici o vent’anni prima.

L’idea di una survey che coinvolgesse il medico di medicina generale nella gestione di questa peculiare categoria di pazienti prende spunto dalla constatazione reale di alcune problematiche affrontate quotidianamente nei nostri ambulatori:

- Aumento del numero dei casi di metastatizzazione a cinque anni dalla prima diagnosi;

APP PER LA SALUTE E TELEMEDICINA

di triage, come quello che si fa quando si arriva in Pronto soccorso con risultato pari al 50% dei casi risolti.

Nel 2018 sono stati arruolati 50 mila pazienti ed effettuate 300 mila visite virtuali, nel 30% dei casi si è passati al livello superiore (una visita virtuale a distanza), nel 20% è stata invece necessaria una valutazione clinica diretta da parte del medico. Babylon sta pianificando di estendere «GP at hand» a tutto il territorio nazionale.

Babylon potrebbe essere una soluzione ai problemi del SSN che abbiamo in Italia ma l'84% degli italiani intervistati - in una ricerca condotta da Eumetra per BNP Paribas Cardif - non rinuncerebbe mai al rapporto umano con un dottore.

Maria Zamparella

ONCOLOGIA

Ricerca, Malattia, Pazienti, Associazioni, Volontariato...

- Difficoltà della paziente ad accedere ai controlli annuali previsti;
- Costante richiesta di esami, spesso impropri, costosi ed inutili al proprio medico di famiglia;
- Paura costante di riammalarsi e sentirsi abbandonata.

Un semplice questionario ideato da me e dal gruppo di ricerca guidato dalla dott.ssa Maria Zamparella, con la preziosa collaborazione della senologia universitaria del Policlinico di Bari, guidata dal prof. Marco Moschetta, mira a coinvolgere i medici di famiglia del nostro territorio in maniera diretta, valutando qual è attualmente il loro approccio alla cura di queste pazienti e cercando eventualmente di migliorarlo o diversificarlo.

Le tematiche affrontate saranno diverse:

- Conoscenza dei protocolli chirurgici, radioterapici e chemioterapici a cui la paziente è stata sottoposta negli anni precedenti;
- Strategia di prevenzione terziaria promesse in ambulatorio: stili di vita (peso corporeo, dieta, attività fisica, fumo di sigaretta, alcool)
- Vaccinazioni
- Esami strumentali richiesti e periodicità degli stessi
- Esami bioumorali richiesti e periodicità degli stessi, con particolare importanza agli oncomarkers
- Visite specialistiche
- Eventuale promozione di ambulatori dedicati alla prevenzione in ambito oncologico
- Eventuale collaborazione con le breast units presenti sul territorio
- Eventuale collaborazione con hospice o reti di assistenza domiciliare oncologica

I questionari saranno inviati elettronicamente ai medici di famiglia tramite online-survey di rapida ed intuitiva compilazione.

CONGRESSI

76° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG-METIS



7-12 ottobre 2019
Tanka Village
Villasimius (CA)

CONGRESSI

prossimi e di interesse per il medico di famiglia

La corretta gestione medica e odontoiatrica dei pazienti a rischio o affetti da onj

06/07/2019 | SANNICANDRO DI BARI | CREDITI: 8 | 1 - applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebm - ebn - ebp).

Dibattiti, dilemmi e consensi nei tumori uro-ginecologici

04/07/2019 | BARI | CREDITI: 15 | 3 - documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura.

VERSO UNA STRATEGIA CONDIVISA DI MANAGEMENT DELL'ACCESSO VASCOLARE

Bari 28 settembre 2019 - Sala Conferenze I.R.C.C.S. Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"

ONCOLOGIA

Ricerca, Malattia, Pazienti, Associazioni, Volontariato...

La spendibilità di tale attività di ricerca dipenderà dall'attenzione e dalla cura prestata dal medico di famiglia nelle sue risposte.

Vita Petruzzelli



AGGIORNAMENTI ED APPROFONDIMENTI

LESIONI ULCERATIVE CUTANEE CRONICHE: SOLO VULNOLOGIA?
CORSO - MINI MASTER -
Settembre - Dicembre 2019
SEDE

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari



Responsabili Scientifici
Lallo Madami - Maria Zamparella

Patrocini Richiesti
Regione Puglia, Università degli Studi di Bari Facoltà di Medicina,
OMCeO Bari, ASL Bari, FIMMG Bari, AIUC, SIMCRI, SIF

In fase di Accreditemento ECM

Sede e date del corso: Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari

21 settembre 2019 - 28 settembre 2019 - 9 novembre 2019 - 14 dicembre 2019

Prima Sessione: LE LESIONI CUTANEE ACUTE E CRONICHE, DALLA DEFINIZIONE, ALL'ETIOLOGIA E ALLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

Seconda Sessione: L'APPROCCIO TERAPEUTICO, LA TERAPIA SISTEMICA E TOPICA, LA MEDICAZIONE TRADIZIONALE, LA MEDICAZIONE AVANZATA, E LE ALTRE TIPOLOGIE DI MEDICAZIONI, IL T.I.M.E. L'INFEDIONE E GESTIONE DELLE COMPLICANZE.

Terza Sessione: LA VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE, LA GESTIONE GLOBALE E DEI CATERI CENTRALI E DELLE STOMIE.

Quarta Sessione: LA COMUNICAZIONE ED IL COUNSELLING IN VULNOLOGIA: GLI STRUMENTI LEGISLATIVI DEL CONTRATTO E DELL'AIR PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI

(I PROGRAMMI DETTAGLIATI DELLE SINGOLE SESSIONI SARANNO INVIATI AGLI ISCRITTI)



FORMAZIONE

La Formazione, ancora fondamentale

per comprendere segni e sintomi della malattia celiaca e della Sensibilità al Glutine non Celiaca

LA SENSIBILITÀ AL GLUTINE NON CELIACA

Le modifiche genetiche dei grani contenenti glutine avvenute per migliorare gli aspetti quantitativi e qualitativi sul mercato hanno costituito un errore evolutivo che ha determinato le condizioni base per la comparsa di patologie dipendenti dall'esposizione a questa sostanza.

Le forme di intolleranza al glutine coinvolgono un gran numero di persone e sono tra le patologie più frequenti in assoluto. La sola celiachia interessa nelle popolazioni di origine europea circa l'1% della popolazione sia in età pediatrica che adulta.

La reattività al glutine però non è solo celiaca: quando né meccanismo allergico né autoimmunitario sono coinvolti si parla di sensibilità al glutine non celiaca.

Il glutine costituisce in soluzione acquosa una massa reticolare elastica, porosa che rappresenta la struttura principale dell'impasto per la panificazione. In termini fisici, la sua caratteristica è la visco-elasticità, cioè si traduce in un "materiale" sia elastico che plastico che ha la capacità di mutare la propria forma originaria. In ambito panificatorio fra le implicazioni pratiche si ricordano: l'aumento del volume dei prodotti da forno lievitati, la capacità di trattenere l'amido durante la cottura della pasta e di ritardarne l'assimilazione durante la digestione.

L'esposizione al glutine è associata all'insorgenza di diversi disturbi, che nell'insieme coinvolgono circa il 10% della popolazione generale, caratterizzati dall'attivazione della risposta immune innata e/o adattativa favorita, in alcuni casi, da un pattern genetico predisponente; tutti questi disordini si risolvono con l'esclusione del glutine dalla dieta.

L'incremento dell'incidenza della patologie glutine-correlate è riconducibile in parte alla diffusione in tutto il mondo della dieta

FORMAZIONE



mediterranea come stile di vita, e in parte alla selezione di qualità di grano contenenti maggiori quantità di glutine e di peptidi tossici rispetto al secolo scorso, in virtù delle esigenze tecnologiche produttive più che nutrizionali.

Pertanto è possibile ipotizzare che l'organismo umano non si sia ancora adeguato, dal punto di vista evolutivo, a questa scelta alimentare con un appropriato corredo digestivo enzimatico e difensivo immunitario.

Inoltre, la marcata riduzione dei tempi di lievitazione del pane e di altri prodotti da forno, comporta un significativo incremento della concentrazione di peptidi capaci di alterare le proprietà fisiologiche della mucosa intestinale e instaurare la perdita di tolleranza immunologica nei confronti dei peptidi derivanti dal glutine.

A partire dal 2010 un grande interesse da parte di importanti riviste scientifiche ha permesso di collocare la sensibilità al glutine non celiaca nello spettro dei disordini glutine-correlati. Tuttavia molti aspetti dell'epidemiologia, fisiopatologia, quadro clinico e trattamento sono ancora poco chiari.

I disordini glutine correlati più conosciuti sono:

- la Malattia celiaca è una enteropatia cronica autoimmunitaria scatenata dall'ingestione di farine contenenti glutine (orzo, segale, frumento) in soggetti predisposti geneticamente. La tipizzazione HLA di classe II consente di individuare gli aplotipi DQ2/ DQ8, presenti nell'30% della popolazione e di questi, 1% risulterà celiaco. L'iter diagnostico prevede la ricerca in circolo di specifici anticorpi antitransglutaminasi (aTTG) di classe IgA e IgG, anticorpi Antiendomio (EMA) e di danno mucosale attraverso una EGDS. La terapia consiste nell'aderenza rigorosa e permanente alla GFD che comporta la remissione dei sintomi e la normalizzazione progressiva della mucosa intestinale.
- L'allergia al grano è una reazione immunitaria alle proteine del grano, di tipo IgE mediata, anche se ne esiste una forma non – IgE mediata che è più difficilmente



FORMAZIONE

distinguibile dalla Sensibilità al glutine non celiaca. E' caratterizzata da sintomatologia gastrointestinale (vomito e diarrea) e/o cutanea (orticaria) che si manifesta entro 2 ore dopo l'assunzione dell'alimento. La diagnosi si basa sull'identificazione nel sangue degli anticorpi IgE specifiche per il frumento. La terapia consiste nella dieta di eliminazione del grano, ma a differenza della malattia celiaca, è possibile la ripresa dell'alimentazione libera.

La sensibilità al glutine è una condizione in cui i sintomi derivano dall'ingestione di alimenti contenenti glutine, in assenza di anticorpi specifici e della classica atrofia dei villi intestinali riscontrabili nella malattia celiaca, con un variabile presenza degli alplotipi DQ2/DQ8 e degli anticorpi anti gliadina (AGA IgA e IgG). Vista la poca conoscenza di tale enteropatia, si è deciso di distinguerla dalla malattia celiaca, definendola oggi Sensibilità al Glutine Non Celiaca (NCGS).

La reale prevalenza della NCGS nella popolazione generale non è ancora nota, soprattutto per le numerose autodiagnosi dei pazienti che decidono di intraprendere una dieta senza glutine senza avvalersi del parere medico. In un recente studio inglese è riportata pari al 13%.

Sulla base di questi dati, in questi mesi partirà un nuovo progetto di ricerca, coordinato dalla dott.ssa Maria Zamparella, responsabile del gruppo di ricerca del CFSGM di cui faccio parte, in collaborazione con l'Università degli studi di Bari, con il Prof. R. Francavilla, e con il Patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bari, della Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, per provare a definire la frequenza di questa nuova entità nosologica anche negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale. Lo scopo è sensibilizzare questi ultimi all'individuazione e al giusto riconoscimento delle patologie glutine-correlate, in modo da adottare il percorso diagnostico/terapeutico più opportuno sul territorio.

Ad oggi, infatti, la diagnosi di NCGS è data dall'esclusione degli altri disordini glutino-correlati e basata solo sull'evidenza clinica



FORMAZIONE

dell'associazione glutine-sintomo, in quanto non esistono ancora test di laboratorio o reperti istologici sensibili e specifici per la NCGS. All'EDGS, la biopsia duodenale può rilevare un interessamento della mucosa intestinale con infiltrato infiammatorio (Marsh 0 e 1), normale architettura villare e normale rapporto villo/cripta (>3).

La scomparsa dei sintomi conseguente all'eliminazione del glutine dalla dieta e la loro ricomparsa alla reintroduzione dopo 6 mesi avvalorano ulteriormente la diagnosi di NCGS.

Non sono state osservate complicazioni nelle NCGS non trattate, a differenza di ciò che accade per la malattia celiaca, soprattutto nell'ambito delle patologie autoimmuni associate. Tuttavia, al momento non possono essere considerati sufficienti i dati raccolti circa la storia naturale, per cui è difficile trarre conclusioni circa la progressione di questa enteropatia.

La reazione avversa al glutine, infatti, potrebbe essere transitoria e il soggetto potrebbe riacquisire la tolleranza nei confronti del glutine reintroducendolo nella dieta senza sviluppare la sintomatologia clinica, oppure, la sensibilità potrebbe aumentare nel corso della vita e potrebbe quindi diventare necessaria una dieta rigida e permanente; allo stesso modo, se nella celiachia è noto che anche piccole quantità di glutine sono sufficienti a scatenare il danno immuno-mediato intestinale, nella NCGS si ipotizza una soglia di tolleranza al glutine variabile da soggetto a soggetto.

In ogni caso, è opportuno mantenere l'attenzione alta, vista la tendenza sempre maggiore di aderire a diete di esclusione, suggerite o autogestite, che non sempre trovano riscontro scientifico, e che invece possono alterare l'equilibrio nutrizionale del paziente, oltre ad avere un peso economico su sulla famiglia di non poco conto.

Valentina Gasparre



--	--



Edizione di luglio 2019