

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

CI RACCONTIAMO
XVIII EDIZIONE

A cura di Maria Zamparella

Redazione:

Emanuele Costanza, Daniela Cramarossa, Lucia Defonte, Maria Roberta De Blasi, Miriam Ausilia Di Monte, Angela Gargano, Maurizio Gargano, Gabriele Vincenzo Gaudiuso, Giacomina Lanzillotta, Rosa Laterza, Linda Lopez, Giuseppe L'Abbate, Elisa Mappa, Nadia Minerva, Manuel Nuzzolese, Giuseppina Anna Passsarella, Marina Purzolu, Raffaele Sanseverino, Vito Torres, Maria Zamparella

La RICERCA In Cure Primarie

"Continuiamo a raccontarci..."

a cura di Maria Zamparella

Siamo alla XVIII edizione del nostro Giornale della Ricerca.

Raggiungere il traguardo della diciottesima pubblicazione non è solo un esercizio di stile o di costanza, è la testimonianza di una comunità scientifica, quella del CFSMG, che non ha mai smesso di interrogarsi e di evolvere.

*Quest'anno, però, il nostro consueto appuntamento con l'approfondimento scientifico assume un significato particolare. Ci troviamo in un momento di "fioritura" burocratica e professionale senza precedenti, **segnato da due pietre miliari** che definiranno il nostro modo di essere medici nel prossimo futuro:*

1. Il Nuovo AIR Puglia, Oltre la Convenzione

L'inizio dell'anno ha portato con sé lo sviluppo del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR). Non si tratta solo di un documento tecnico, ma di un cambio di paradigma. Il nuovo AIR Puglia ci sfida a ripensare l'organizzazione del nostro lavoro, puntando con forza sulla medicina d'iniziativa, sulla digitalizzazione e su una presa in carico del paziente che sia sempre più capillare e strutturata. In queste pagine, cercheremo di declinare la ricerca scientifica proprio in funzione di queste nuove direttrici operative.

2. Triennio 2025-2028, Una Nuova Pagina

Il 9 gennaio scorso ha segnato ufficialmente il debutto del nuovo triennio formativo e ordinistico. Entrare nel ciclo 2025-2028 significa abbracciare una nuova stagione di responsabilità. Se il triennio precedente è stato quello della resilienza e della gestione dell'emergenza post-pandemica, quello appena iniziato deve essere il triennio della qualità e dell'innovazione.

Buona lettura e buon lavoro a tutti noi per questa nuova sfida triennale.

La RICERCA In Cure Primarie

"Continuiamo a raccontarci..."

*La ricerca prodotta all'interno del CFSMG non è un accessorio, ma il carburante necessario per alimentare questo cambiamento. **In questa edizione troverete contributi che riflettono questa ambizione: trasformare i dati in salute e la teoria in pratica clinica quotidiana.***

"Il futuro della Medicina Generale non si scrive nelle circolari, ma nella capacità dei medici di produrre evidenze, confrontarsi e governare il cambiamento con competenza scientifica."

Da sempre, la Formazione Specifica non si limita a trasmettere nozioni, ma modella l'identità del medico di medicina generale attraverso il 'sapere', il 'saper fare' e la cultura del management clinico. È un processo che valorizza la ricerca come pilastro metodologico, è un cammino essenziale che mira a evolvere la ricerca nelle Cure Primarie, integrando il rigore scientifico con le abilità relazionali e gestionali necessarie al medico di domani. Un'evoluzione necessaria,

poiché ...

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



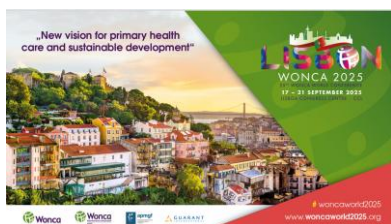
Maria Zamparella

zamparella.maria@gmail.com

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI

AGGIORNAMENTO

I nostri lavori presentati al
Wonca World 2025



Title: The improper use of antibiotics: a survey on apulian general practitioners "

Authors: Claudia Maria Colella, Teresa Tricarico, Valentina Gasparre, Maria Zamparella

"LA VULNOLOGIA TRA APPLICAZIONE PRATICA E PROTOCOLLI"

Introduzione

Nel panorama della medicina territoriale, la gestione delle lesioni cutanee croniche rappresenta una delle sfide cliniche e assistenziali più complesse per il Medico di Medicina Generale (MMG). La vulnologia, lungi dall'essere una semplice tecnica di medicazione, si è evoluta in una disciplina rigorosa che richiede una profonda comprensione dei processi fisiopatologici della riparazione tissutale.

Le cosiddette "ferite difficili" — dalle ulcere diabetiche e vascolari alle lesioni da pressione — non costituiscono solo un problema dermatologico locale, ma sono spesso l'espressione di patologie sistemiche croniche. La loro gestione richiede quindi un cambio di paradigma: passare da un approccio puramente intuitivo o basato sulla tradizione a una metodologia strutturata e basata sulle evidenze (EBM).

L'adozione di un protocollo standardizzato non risponde solo alla necessità di migliorare gli outcome clinici e accelerare i tempi di guarigione, ma funge da bussola per il clinico nella gestione delle risorse sanitarie, riducendo trattamenti incongrui e costi superflui. In questo contesto, il MMG assume il ruolo di regista del percorso di cura, integrando la valutazione locale della ferita con la gestione olistica delle comorbidità del paziente.

Il presente articolo analizza i pilastri fondamentali di un protocollo operativo efficace, fornendo strumenti pratici per trasformare la teoria vulnologica in una pratica clinica quotidiana sicura, riproducibile e centrata sul paziente.

Maria Zamparella



<div data-bbox="119 224 446 257"></div> <p>Keywords: antibiotic resistance, General Practitioners, sore throat, antimicrobial stewardship</p> <p>Background: Antibiotic resistance (ABR), a major global health concern, arises from microbial resistance to antibiotics, increasing mortality and healthcare costs. The WHO projects a significant rise in ABR-related deaths by 2050, driven by factors like improper antibiotic use and environmental contamination. Global surveillance efforts monitor and combat this growing threat."</p> <p>Aim: The study analyzed the role of General Practitioners (GPs) in Apulia, Italy, in antibiotic prescribing and patient education."</p> <p>Materials and Methods: A survey was conducted among Apulian GPs between January and April 2024. A structured questionnaire with 10 items was distributed via email, instant messaging, and social media. A total of 180 GPs participated, representing various practice settings.</p> <p>Results: Among the respondents, 58% were female and 42% male. Antibiotic prescription patterns showed that 65% of GPs prescribed an average of five antibiotics per week, while 13% prescribed more than ten. Common conditions leading to antibiotic requests included urinary tract infections (69%), pharyngitis (68%), acute bronchitis (44%), and sinusitis (18%). A significant proportion of patients insisted on receiving antibiotics for viral infections due to misconceptions about their efficacy. GPs highlighted the need for better patient education, increased use of rapid diagnostic tests, and adherence to treatment</p>	<div data-bbox="510 268 1500 358"></div> <p>Protocollo di gestione della vulnologia: standardizzare la cura delle ferite complesse</p> <p>La vulnologia, disciplina dedicata alla diagnosi e al trattamento delle lesioni cutanee croniche, rappresenta una sfida quotidiana nella pratica del medico di medicina generale. Le ferite difficili – ulcere diabetiche, vascolari, da pressione e lesioni post-chirurgiche complicate – richiedono un approccio strutturato e basato su evidenze scientifiche per ottimizzare i risultati clinici e ridurre i costi sanitari.</p> <p>Il protocollo, cinque pilastri fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Valutazione iniziale<p>La prima visita deve essere completa e sistematica. Il medico di medicina generale raccoglie un'anamnesi dettagliata indagando diabete, arteriopatie, insufficienza venosa e stato nutrizionale. L'esame obiettivo della lesione documenta sede, dimensioni, profondità, tipo di tessuto presente (necrotico, fibroso, granulazione), caratteristiche dell'essudato e segni di infezione. Il framework TIME (Tissue, Infection/Inflammation, Moisture, Edge) rappresenta uno strumento validato per standardizzare la valutazione e identificare le barriere alla guarigione: presenza di tessuto necrotico, infezione, squilibrio dell'umidità e problemi ai margini della ferita.</p>2. Detersione e debridement<p>La rimozione del tessuto devitalizzato è fondamentale per interrompere la fase infiammatoria cronica. In ambulatorio il MMG utilizza principalmente la detersione con soluzione fisiologica sterile e, quando necessario, il debridement meccanico o autolitico. Per lesioni più estese che richiedono debridement chirurgico, è indicato l'invio allo specialista. Un debridement inadeguato rappresenta una delle cause principali di mancata guarigione.</p>3. Controllo dell'infezione<p>Il clinico deve distinguere attentamente tra colonizzazione e infezione clinica. I segni classici – eritema esteso, calore, edema, essudato purulento, odore – guidano la decisione di prescrivere antibiotici sistemici. Per la gestione topica, le medicazioni all'argento rappresentano un valido ausilio nelle ferite colonizzate o con segni iniziali di infezione locale. È fondamentale evitare l'uso indiscriminato di antibiotici topici per prevenire resistenze.</p>
---	---

guidelines to curb unnecessary prescriptions.

Conclusions: Apulian GPs play a crucial role in addressing ABR by promoting health education, advocating for appropriate antibiotic use, and integrating rapid diagnostic tools to reduce empirical prescriptions. A multidisciplinary approach, involving pharmacists and veterinarians, is essential to foster a culture of antibiotic stewardship and achieve sustainable healthcare practices.

*"Each of us can do our part to
fight antibiotic resistance."*



4. Gestione dell'essudato

La scelta della medicazione è cruciale e deve essere personalizzata. Per ferite secche sono indicati idrogel per mantenere l'umidità; per quelle moderatamente essudanti si preferiscono idrocolloidi o schiume di poliuretano; per essudato abbondante si ricorre ad alginati o idrofibre. L'obiettivo è mantenere un ambiente umido ottimale che favorisca la migrazione cellulare senza macerare i bordi.

5. Approccio integrato

La gestione delle comorbidità è essenziale quanto il trattamento locale. Ottimizzare il controllo glicemico nei diabetici, valutare e trattare l'insufficienza venosa o arteriosa, garantire un adeguato apporto proteico-calorico, prescrivere analgesici adeguati: questi interventi sistemici determinano spesso il successo o il fallimento del trattamento locale.

Il ruolo del MMG nel percorso di cura

Il Medico di Medicina Generale (MMG) funge da fulcro decisionale e coordinatore dell'iter assistenziale. Spetta a lui la valutazione clinica per discriminare tra gestione ambulatoriale della lesione e invio ai centri specialistici (chirurgia vascolare, diabetologia, dermatologia). Attraverso la sinergia con l'infermiere domiciliare, il MMG assicura la continuità terapeutica, monitorando la prognosi mediante documentazione iconografica e misurazioni seriali. La sua funzione territoriale si completa con la prevenzione delle recidive, attuata tramite l'educazione terapeutica del paziente su aspetti cruciali quali l'uso di calzature protettive nel piede diabetico, l'elastocompressione nelle ulcere venose e le strategie di mobilizzazione per le lesioni da pressione.

Per la Prevenzione e Outreach, il MMG educa il paziente alla gestione del rischio (calzature ad hoc, elastocompressione, mobilizzazione) per minimizzare le recidive e garantire la tenuta del percorso di cura sul territorio.

Conclusioni

La gestione delle lesioni complesse non può più essere affidata all'empirismo, ma richiede un rigore metodologico che solo un protocollo strutturato può garantire. L'adozione di criteri standardizzati — dalla valutazione sistematica tramite il framework TIME alla scelta razionale dei presidi — permette al Medico di Medicina

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Title: Experiences compared by 2 Italian metropolitan cities in the management of diabetic disease: therapy in relation to aifa note 100 (cross project)

Authors: Maria Zamparella, Arianna Moretti, Manuel Nuzzolese, Daniela Cramarossa, Giuseppina Anna Passarella

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus (DMT2), Chronic Kidney Disease (CKD), Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) syndrome, SGLT2 inhibitors, General Practitioners (GPs)

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) significantly contributes to chronic kidney disease (CKD) and cardiovascular (CV) complications. The cardio-kidney-metabolic (CKM) syndrome underscores the interplay between metabolic factors, including diabetes, obesity, and kidney disease.

Generale di operare con maggiore appropriatezza clinica e sicurezza medico-legale, trasformando una sfida assistenziale in un percorso di cura efficace.

Tuttavia, il successo terapeutico in vulnologia non si esaurisce nella corretta gestione del letto della ferita. La vera chiave di volta risiede nell'integrazione olistica: solo coniugando il trattamento locale evidence-based con il controllo rigoroso delle comorbidità sistemiche e un'alleanza terapeutica con il paziente, è possibile abbattere i tassi di recidiva e migliorare significativamente la qualità della vita.

In definitiva, il MMG si conferma il fulcro di questo processo. Attraverso il coordinamento della rete specialistica e la promozione di una cultura della prevenzione, il medico non si limita a curare una ferita, ma si prende cura di un paziente complesso, garantendo la sostenibilità e l'eccellenza delle cure nel contesto della medicina territoriale.

Bibliografia:

1. Ricci E, Pittarello M. Vulnology (Also Known as Wound Care): History and Myths of Chronic Wounds. In: Maruccia M, Papa G, Ricci E, Giudice G, eds. Pearls and Pitfalls in Skin Ulcer Management. Springer, Cham; 2023. https://doi.org/10.1007/978-3-031-45453-0_1
2. Wound management. Aust Prescr. 2023;46(2):29-35. doi:10.18773/austprescr.2023.006
3. Toma CD, Diaconu CC. Modern Approaches in Wounds Management. Polymers (Basel). 2023;15(17):3648. doi:10.3390/polym15173648
4. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen. 2003;11(1):1-28.
5. Vowden K, Vowden P. Wound assessment and the TIME framework. Br J Nurs. 2007;16(8):S4-S7. doi:10.12968/bjon.2007.16.8.23414
6. StatPearls [Internet]. Wound Assessment. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482198/>
7. Swanson T, Ousey K, Haesler E, et al. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J. 2021;18(2):S160-S167.
8. StatPearls [Internet]. Complex Wound Management. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576385/>
9. StatPearls [Internet]. Wound Debridement. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507882/>
10. Noor S, Shaaban A. The role of debridement in wound bed preparation in chronic wound: A narrative review. J Tissue Viability. 2022;31(1):131-138.
11. Madhok BM, Vowden K, Vowden P. New techniques for wound debridement. Br J Nurs. 2013;22(6):S10-S18.
12. Rajhathy EM, Hill MC, Le Tran D, Sibbald RG, Ayello EA. Evidence-Informed Nursing Clinical Practices for Wound Debridement. Am J Nurs. 2024;124(12):24-34

Nadia Minerva
Maria Roberta De Blasi

Guidelines from ADA/KDIGO recommend SGLT2 inhibitors for CKM management, citing their effectiveness in slowing CKD progression, heart failure, and atherosclerosis.

Aim: to identify risk factors, predictive biomarkers and assess guideline adherence by a retrospective observational study examining CKD prevalence, associated comorbidities, and pharmacological treatments in T2DM patients across Rome and Bari, Italy.

Materials and Methods: 308 T2DM patients were enrolled by 38 general practitioners (GPs), with data collected on BMI, smoking habits, diabetes duration, HbA1c, eGFR, albuminuria, CV comorbidities, and pharmacological therapies.

Results: In Rome, a substantial proportion of patients exhibited hypertension (83.2%) and overweight/obesity (75.6%). Reduced renal function was observed in 32.1% of patients, and 13.6% had elevated albuminuria. Metformin was the most frequently prescribed drug (68.3%). SGLT2 inhibitors were used in 81 patients with eGFR between 30 and 60 mL/min.

In Bari, all patients presented with comorbidities, with dyslipidemia (81.6%), CV diseases (35.6%), and CKD (19.5%) being prevalent. Glycemic control was suboptimal in 73.6% of cases, and SGLT2 inhibitor use was lower than in Rome.

Both cities saw significant patient referrals to specialists, including cardiologists, diabetologists, and nephrologists.

PILLOLE

DIFFICOLTA' NELL'ADDORMENTAMENTO

ABSTRACT

L'insonnia, definita dal DSM-5 come una persistente difficoltà nell'iniziare o mantenere il sonno, rappresenta una sfida clinica crescente che colpisce una parte significativa della popolazione italiana. In particolare, la sleep-onset insomnia (difficoltà di addormentamento) si caratterizza per una latenza del sonno superiore ai 20-30 minuti, spesso accompagnata da iperattivazione psicofisica. Se non trattata, tale condizione tende alla cronicizzazione nel 10-15% dei casi, compromettendo seriamente la salute immunitaria, metabolica e psichica del paziente.

La difficoltà di addormentamento è un fenomeno multifattoriale. L'analisi evidenzia come le cause principali spazino da fattori psicologici (stress, ansia da prestazione del sonno) e ambientali (comfort della stanza, rumore) a stili di vita inadeguati (uso di caffeina, dispositivi elettronici, turnismo). Non meno rilevanti sono le alterazioni del sistema circadiano, le comorbidità mediche croniche e l'uso di sostanze o farmaci interferenti.

Il Medico di Assistenza Primaria (MAP) riveste un ruolo cruciale come primo punto di contatto. Una valutazione clinica rigorosa deve integrare l'anamnesi con strumenti standardizzati di screening.

Tra i principali:

- Insomnia Severity Index (ISI), Questionario su scala Likert per quantificare la gravità del disturbo (da assente a grave).
- Sleep Diary (Diario del sonno), Monitoraggio delle abitudini per 1-2 settimane.
- Scale complementari, PSQI per la qualità globale, ESS per la sonnolenza diurna e test GAD-7/PHQ-9 per lo screening di ansia e depressione.

Interventi e Conclusioni: La gestione terapeutica si articola su più livelli, partendo dall'educazione all'igiene del sonno (regolarità degli orari, ottimizzazione dell'ambiente, restrizione di alcol e stimolanti).

Conclusions: The study reveals suboptimal T2DM management, characterized by high CKD and CV risk prevalence. Complete data collection by GPs is inconsistent. Enhancing prevention, personalizing treatments, and fostering a multidisciplinary approach are vital for improving long-term outcomes.



PILLOLE

Laddove l'intervento comportamentale non sia sufficiente, il medico può optare per un approccio personalizzato che include l'uso di sostanze naturali come la melatonina, la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT-I) o, in casi selezionati, la terapia farmacologica (benzodiazepine, Z-drugs). La diagnosi differenziale e l'invio a centri specialistici restano fondamentali per prevenire l'abuso di ipnotici e gestire i casi di insonnia resistente o associata a patologie organiche come l'OSAS.

Keywords: *Insonnia Sleep-onset Insomnia, Iperattivazione Psicofisica (Hyperarousal), comorbidità, CBT-I ,Terapia Farmacologica: Appropriatezza Prescrittiva*

Introduzione

La sintomatologia e i criteri diagnostici del Disturbo da Insonnia secondo il DSM-5 sono strutturati per identificare la difficoltà persistente nell'iniziare o mantenere il sonno, o il risveglio precoce, che causa un disagio significativo e compromette il funzionamento diurno del paziente. L'insonnia è un'esperienza comune che porta con sé conseguenze negative sulle attività quotidiane, sulla concentrazione e sull'umore.

La sleep-onset insomnia è caratterizzata da un tempo di latenza al sonno superiore ai 20–30 minuti e da sensazioni soggettive di tensione o iperattività. Sebbene per molti individui si tratti di un fenomeno transitorio, in circa il 10–15% della popolazione adulta esso diventa cronico, con implicazioni sulla qualità della vita, sulla performance lavorativa e sul rischio di patologie croniche. La cronicità di tale condizione è associata a riduzione della memoria e dell'attenzione, compromissione del sistema immunitario, squilibri metabolici e maggiore rischio di ansia e depressione. A livello sociale, aumenta l'assenteismo lavorativo e riduce la qualità delle relazioni interpersonali.

Quasi un Italiano su tre dorme un numero insufficiente di ore ed uno su sette riporta una qualità insoddisfacente del proprio sonno. I disturbi del sonno in Italia appaiono in crescita e risultano più frequenti tra gli anziani e i soggetti con un livello socioeconomico inferiore.

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Title: "The Prevention Of Herpetic Disease In Primary Care: Project "Fire".

Authors: Maria Zamparella, Giovanni Valentino, Veronica Telesca, Giuseppe L'Abbate

Keywords: Vaccination, Herpes Zoster, Healthcare professionals, Apulia, GPs

Background: Vaccination is a cornerstone of public health, essential for reducing morbidity and mortality due to infectious diseases. However, low adherence, especially among the elderly, poses a challenge. Vaccination against Herpes Zoster (HZV) is crucial for preventing complications, but coverage in Apulia is low, despite increased administrations in 2023.

Aim: This survey assessed the knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in Apulia regarding HZV vaccination, identifying critical issues and barriers.

Sono questi i principali risultati di uno studio del 2019 e pubblicato sulla rivista Scientific Reports da ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Università Bocconi e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, in collaborazione con l'Istituto Doxa. (1)

La difficoltà nell'addormentamento è un problema comune che può essere causato da diversi fattori. Tra più frequenti:

- *stress, eventi stressanti e ansia* (inclusa l'ansia da prestazione del sonno)
- *ambiente non adatto al sonno*, come un letto scomodo, una stanza troppo illuminata, rumorosa, calda o fredda
- *abitudini di vita*, come il jet-lag, i turni lavorativi, il consumo di alcol o caffeina prima di andare a dormire
- *problemi psichiatrici*
- *condizioni mediche croniche*, come presenza di dolore costante, patologie del sonno, patologie organiche
- *uso di farmaci o sostanze* che possono interferire con il sonno
- *fattori neurobiologici*: alterazione del sistema circadiano, iperattivazione

I medici di Assistenza Primaria sono spesso il primo punto di contatto per l'assistenza ai pazienti con insonnia. Il medico di famiglia dovrebbe lavorare con il paziente per identificare le cause sottostanti le difficoltà nell'addormentamento per poter sviluppare un trattamento personalizzato attraverso una valutazione clinica approfondita che comprenda: anamnesi e igiene del sonno, condizioni di comorbidità, anamnesi psichiatrica e uso di sostanze.

Sicuramente il MAP dovrebbe fornire al paziente dei consigli per migliorare l'igiene del sonno, incoraggiandolo a tenere un diario del sonno per monitorare le proprie abitudini e identificarne quelle errate. Tra le raccomandazioni principali:

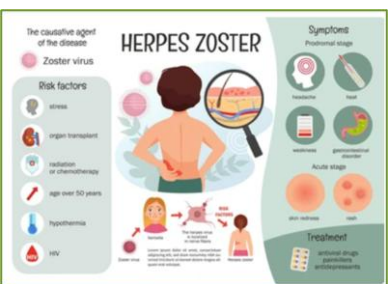
- stabilire un orario di sonno regolare
- creare un ambiente di sonno confortevole (buio, silenzioso, temperatura idonea)
- evitare uso di caffeina e alcolici prima dell'addormentamento
- evitare l'uso di dispositivi elettronici
- favorire il rilassamento un'ora prima di andare a dormire
- praticare esercizio fisico regolare accompagnato ad una sana alimentazione.

Uno degli strumenti per valutare la gravità del disturbo e di cui il MAP può servirsi è "l'Insomnia Severity Index (ISI)", test costruito sui criteri del DSM-5, che include 7 domande che valutano la condizione del sonno e lo stress correlato allo scarso riposo.

Materials and Methods: A 16-item questionnaire was online administered to 200 healthcare workers, including 132 General Practitioners (GPs), between January and July 2024. Descriptive and inferential statistics were used.

Results: 65% of participants were 40-65 years old, and 73% were GPs. 63% of GPs believe additional training on vaccinations is necessary, but 94% recognize the effectiveness of the HZV vaccine. 97% are aware of the key role of GPs in prevention. Only 10.7% of GPs achieved 80% vaccination coverage in at-risk patients. Patients over 65, immunocompromised, and diabetic patients were the most vaccinated. The main motivation for vaccination was reducing the impact on quality of life (84%). The main reasons for refusal were resistance to further vaccinations and fear of side effects.

Conclusions: The low HZV vaccination coverage in Apulia is influenced by gaps in healthcare worker training, organizational problems, and patient resistance. It is essential to enhance GP training, promote awareness campaigns, and integrate HZV vaccination into routine clinical practice. A multidisciplinary approach and targeted strategies are needed to improve vaccination coverage and reduce HZV complications.



Le domande riguardano le qualità soggettive del sonno del partecipante, inclusa la gravità dei sintomi, la soddisfazione del partecipante rispetto ai propri schemi di sonno, il grado in cui l'insonnia interferisce con le attività quotidiane, quanto il partecipante percepisce che la sua insonnia sia evidente agli altri e il livello complessivo di disagio causato dal problema del sonno. I rispondenti valutano ogni elemento del questionario utilizzando scale di tipo Likert. Le risposte possono variare da 0 a 4, dove punteggi più alti indicano sintomi di insonnia più acuti. I punteggi vengono sommati e possono essere confrontati sia con i punteggi ottenuti in una fase diversa del trattamento sia con i punteggi di altri individui. Sebbene gli sviluppatori sottolineino che i punteggi soglia scelti non siano stati convalidati, offrono alcune linee guida per interpretare i risultati della scala: un punteggio totale da 0 a 7 indica "assenza di insonnia clinicamente significativa", 8–14 significa "insonnia subclinica", 15–21 è "insonnia clinica (gravità moderata)" e 22–28 indica "insonnia clinica (grave)". (2)

Per una gestione strutturata, il MMG/MAP può utilizzare anche altri strumenti quali:

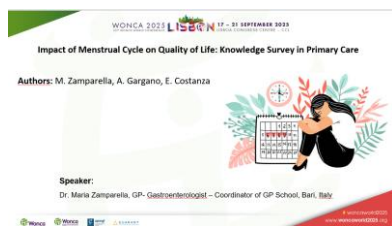
- Sleep Diary (diario del sonno): utile per 1–2 settimane;
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) per la qualità del sonno;
- Epworth Sleepiness Scale (ESS) per la sonnolenza diurna;
- scale per ansia e depressione (GAD-7, PHQ-9).

Il MAP dunque appresenta il primo livello di intervento e ha il compito di distinguere tra insonnia acuta e cronica, riconoscere eventuali cause mediche, psichiatriche o farmacologiche, e fornire interventi basati sulle evidenze. Fondamentale è la diagnosi differenziale con altre patologie organiche che richiedono un intervento multidisciplinare (per esempio sospetta OSAS, sintomi neurologici o psichiatrici gravi, abuso di farmaci ipnotici, insonnia resistente)

CONCLUSIONI

La gestione corretta da parte del MAP è essenziale per prevenire la cronicizzazione del disturbo e ridurre il ricorso improprio a ipnotici. Individuate le possibili cause dell'insonnia, aiuta il paziente a gestire la difficoltà presentata. Oltre a informare i pazienti sulla corretta igiene del sonno, a seconda dell'anamnesi, dell'età, della tipologia del paziente (es. pz con predisposizione alle dipendenze) e delle sue comorbidità, può consigliare l'utilizzo di sostanze naturali (melatonina), se necessario una *terapia cognitivo comportamentale* per aiutare a modificare i pensieri e le abitudini che disturbano il sonno.

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Title: Impact of menstrual cycle on quality of life: knowledge survey in primary care

Authors: M. Zamparella, Angela Gargano, Emanuele Costanza

Keywords: Menstrual cycle, dysmenorrhea, menstrual symptoms, menstrual leave, women's health, general practitioner.

Background: Dysmenorrhea is a common disorder among women of childbearing age, with a global prevalence of 50-95%. In Italy, it affects 60-90% of women, causing absences from school and work. Italy only has legislative proposals for paid menstrual leave compared to countries like Japan, Spain, South Korea, Indonesia, Taiwan, and Zambia, where it is already active.

Aim: To evaluate the impact of the menstrual cycle on the daily life and productivity of 142 women,

In altri casi ancora può essere necessario impostare una terapia farmacologica (quali benzodiazepine, “farmaci Z”, antidepressivi) monitorandone attentamente l’efficacia, la comparsa di effetti collaterali, la tolleranza, con l’eventuale indirizzamento del paziente, nei casi più complessi, in centri del sonno e specialisti dell’insonnia.

Riferimenti Bibliografici

- (1) ISS
- (2) www.med.upenn.edu

Elisa Mappa



analyzing symptoms, treatments, and perceptions of menstrual leave.

Materials and Methods: An anonymous online questionnaire was used, aimed at women aged between 18 and 50 years. Data were collected on cycle regularity, menstruation duration, symptoms, treatments, impact on productivity, and opinions on menstrual leave. Women with major surgical interventions were excluded."

Results: 71.8% were aged 26-35, with menarche at 12-13 years. 76% have regular cycles, with a duration of 3-5 days in 60% of cases. 95% report menstrual symptoms, with pelvic pain, headache, and fatigue being the most common. 40% take painkillers monthly, and 64% use NSAIDs. 49.64% report a significant impact on quality of life, and 65.71% have taken time off work. 97.84% consider menstrual leave useful. 25% have received gynecological diagnoses, mainly ovarian cysts and endometriosis.

Conclusions: Menstrual symptoms affect quality of life. Menstrual leave highlights the need for inclusive policies, and the role of the general practitioner is crucial for early diagnosis and symptom management, reducing inappropriate drug use. Targeted interventions and a multidisciplinary approach are essential to improve women's health and well-being.



FORMAZIONE

“NOI IN FORMAZIONE SPECIFICA PER LA MEDICINA GENERALE

E

L’AIR PUGLIA”

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (AIR)

Il nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la medicina generale, che prevede un investimento di circa 88 milioni di euro per riorganizzare la medicina territoriale, è stato ufficializzato con la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) il 26 maggio 2025.

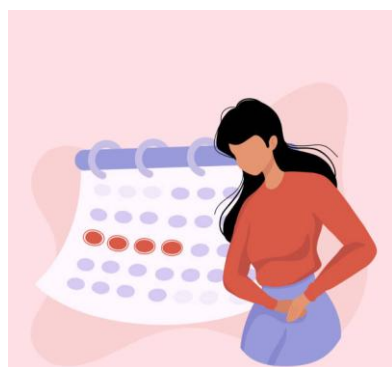
Tra le principali misure, l'AIR prevede l'introduzione di collaboratori di studio e infermieri nei team medici e l'inclusione di tutti i professionisti nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), superando così le vecchie forme associative. L'accordo è considerato un “modello da esportare” a livello nazionale, puntando a rafforzare il rapporto tra medico e paziente e a migliorare l'occupazione nella medicina territoriale.

Con una durata biennale (2025-2026) e garanzie di finanziamento per il futuro, l'accordo ha come obiettivo il potenziamento dell'assistenza attraverso le AFT, i Presidi Territoriali di Assistenza e le Case della Comunità, riservando 12 milioni all'assistenza domiciliare.

I medici di famiglia aumenteranno la loro presenza nelle strutture sanitarie, supportati da nuovi infermieri e con retribuzioni più eque per i neolaureati e l'attività sarà monitorata tramite un sistema informativo regionale. Tra le novità ci sono assistenza per 12 ore al giorno, ambulatori aperti il sabato e collaboratori di studio per la gestione operativa. La Puglia sarà la prima regione italiana a integrare la telemedicina, e l'accordo mira anche a ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso, sebbene sia fondamentale affrontare la carenza di personale e garantire la sicurezza dei medici.

Il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali si attua attraverso diverse strategie. Una delle iniziative principali è lo sviluppo delle Case di Comunità, che divengono punti di riferimento per soddisfare i bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione e dunque il principale luogo di assistenza per i pazienti e un rafforzamento delle cure domiciliari.

**Improving the quality of
women's lives by listening
to them and supporting
them**



Inoltre, i Medici di Medicina Generale (MMG) partecipano attivamente agli obiettivi di prevenzione e promozione della salute delineati dal Regolamento Regionale n. 13/2023. Viene promossa anche l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, tramite la creazione di équipes multi-professionali che si prendono cura delle persone, ponendo particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di fragilità.

Il progetto prevede l'adozione di logiche di medicina di iniziativa e una presa in carico sistematica della popolazione, stratificandola in base all'intensità dei bisogni. Si utilizzeranno servizi digitalizzati, impiegando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio per identificare le persone da assistere e gestire i loro percorsi assistenziali, integrando la rete professionale sia a livello territoriale che ospedaliero.

Viene valorizzata anche la coprogettazione con gli utenti, incoraggiando il loro coinvolgimento attivo nella progettazione dei servizi assistenziali. È fondamentale attivare tutte le risorse locali, coinvolgendo attori diversi come le Agenzie di Tutela della Salute, i Comuni, i professionisti, i pazienti, i caregiver e le organizzazioni del Terzo Settore. Queste strategie, lavorando insieme, mirano a creare un sistema di assistenza più efficace e integrato, centrato sulle esigenze della comunità.

La Casa di Comunità (CdC) è il centro in cui collaborano, attraverso il lavoro di gruppo, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali, personale infermieristico, assistenti sociali e altri professionisti della salute. La CdC promuove un modello integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi di prevenzione, promozione della salute e assistenza sanitaria.

Le attività all'interno della CdC devono essere organizzate per favorire la cooperazione tra medici, pediatri, specialisti, infermieri, assistenti sanitari e altri professionisti, come medici igienisti, psicologi e ostetrici. Ciò consente di coordinare i servizi sociali degli enti locali e garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione, promozione della salute e assistenza sanitaria.

L'attività amministrativa è gestita da personale dedicato già presente nelle aziende sanitarie, che si occupa anche della gestione delle relazioni con il pubblico e offre assistenza e orientamento alle persone. Infine, i medici, gli infermieri e gli altri professionisti delle CdC si occupano di garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, fornendo assistenza primaria con un approccio di sanità di iniziativa che integra anche il servizio di continuità assistenziale, disponibile per 12 ore al giorno.

Il nuovo modello di assistenza territoriale delineato dal DM 77 si basa su quattro principi fondamentali:

- Medicina di popolazione: mira alla promozione della salute della comunità di riferimento.
- Sanità di iniziativa: rappresenta un approccio proattivo nella gestione delle malattie croniche, focalizzandosi sull'assistenza personalizzata per l'individuo.
- Stratificazione della popolazione: utilizza algoritmi predittivi per identificare i profili di rischio.
- Progetto di salute: offre uno strumento di programmazione, gestione e verifica, associando la stratificazione della popolazione alla classificazione dei bisogni di salute, identificando standard essenziali per risposte cliniche, socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e preventive.

Il DM 77 delinea anche le caratteristiche organizzative dei distretti, che servono una popolazione di circa 100.000 abitanti, adattandosi a variabili come densità di popolazione e caratteristiche orografiche.

La programmazione deve rispettare specifici standard, quali:

- 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità Spoke e ambulatori di MMG e PLS, in base alle caratteristiche del territorio per garantire un accesso equo ai servizi, anche nelle aree interne e rurali;
- Aggregazioni di MMG e PLS collocate all'interno delle Case della Comunità;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti, considerando il totale degli infermieri impegnati nei vari setting assistenziali;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (composta da 1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o regionale, se il bacino d'utenza è maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il DM 77 prevede anche l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali, promuovendo un approccio integrato alla cura del paziente e consentendo la misurazione e valutazione dell'assistenza.

La sanità digitale, con particolare focus sulla telemedicina, emerge come un'importante area di sviluppo, facilitando nuove forme di assistenza e un ripensamento strutturale e organizzativo della rete sanitaria.

L'accordo ha l'obiettivo di consolidare, rafforzare ed efficientare la rete degli ambulatori di medicina generale all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), introducendo un modello organizzativo innovativo che garantisca una presa in carico efficace e una continuità dell'assistenza.



Questo modello si integra con le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), gli Ospedali di Comunità, la Centrale Operativa 116117 e le Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

In particolare, si pone enfasi sulla valorizzazione dell'assistenza domiciliare, utile per garantire una copertura vaccinale ampia e un'assistenza specifica durante le emergenze collegate al caldo. Inoltre, l'accordo prevede l'uso della telemedicina e incentivi per l'assunzione di personale amministrativo e sanitario, tutte misure fondamentali per raggiungere gli obiettivi stabiliti. Queste azioni possono comportare un impatto positivo sugli accessi ospedalieri e sulle emergenze nei Pronto Soccorso.

Il modello strutturale di livello 1, noto come mS1, prevede che i medici aderenti operino in una sede principale della loro attività, seguendo alcune regole specifiche.

Innanzitutto, la struttura deve comprendere da 3 a 6 componenti, salvo diverse decisioni da parte della Delegazione Trattante Regionale su proposta aziendale. È inoltre possibile integrare i medici di un quartiere o ambito territoriale specifico, mantenendo valide le configurazioni esistenti prima della pubblicazione del nuovo accordo. Per quanto riguarda gli orari, le attività ambulatoriali devono essere coordinate tra i medici, garantendo almeno 7 ore di servizio al giorno, dal lunedì al venerdì. La sede deve disporre di un numero di stanze mediche pari almeno alla metà dei medici presenti, con la possibilità di utilizzare gli spazi in modo promiscuo e in orari differenti. Infine, nel caso in cui il calcolo del numero delle stanze risulti frazionale, questo deve essere arrotondato all'unità superiore. Ad esempio, se ci sono 7 medici e il calcolo fosse 3,5, saranno necessarie 4 stanze. Queste disposizioni sono pensate per assicurare una gestione efficiente e coordinata dell'attività ambulatoriale.

Il modello strutturale di livello 2, chiamato ms2, prevede che i medici aderenti operino all'interno di una sede unica e esclusiva per la loro attività, seguendo precise regolazioni.

In primo luogo, la struttura deve comprendere tra 3 e 6 membri, con la possibilità di includere medici di un determinato quartiere o ambito territoriale. Eventuali configurazioni già esistenti al momento della pubblicazione del nuovo accordo rimangono valide.

L'orario di attività ambulatoriale deve essere organizzato in modo coordinato, garantendo almeno 10 ore di servizio dal lunedì al venerdì. La sede del modello ms2 deve disporre di stanze mediche in numero pari almeno alla metà dei medici presenti, con la possibilità di utilizzare gli spazi in modo promiscuo in orari differenti.

Infine, se il calcolo del numero delle stanze risulta frazionale, questo deve essere arrotondato all'unità superiore, come nel caso del modello mS1.





Queste disposizioni mirano a garantire un'attività ambulatoriale efficace e ben organizzata.

Il modello strutturale di livello 3, chiamato mS3, stabilisce che i medici aderenti operino all'interno di una sede unica e dedicata alla loro attività, seguendo specifiche regolazioni.

In primo luogo, la struttura deve includere un numero di membri compreso tra 7 e 12, con la possibilità di integrare medici di un particolare quartiere o ambito territoriale. Le configurazioni già esistenti al momento della pubblicazione dell'accordo rimangono valide.

L'orario di attività ambulatoriale deve essere coordinato tra i medici, garantendo almeno 12 ore di servizio dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. La sede deve disporre di stanze mediche in numero pari almeno alla metà dei medici presenti, con possibilità di utilizzo promiscuo degli spazi in orari diversi.

Inoltre, il numero di stanze deve essere arrotondato all'unità superiore in caso di calcolo frazionale. La struttura deve anche includere uno spazio dedicato alle attività infermieristiche. Infine, eventuali deroghe per situazioni territoriali specifiche possono essere proposte al Comitato Aziendale e verranno valutate dal Comitato Regionale. Queste disposizioni mirano a garantire un'attività ambulatoriale ben organizzata e efficiente.

I Medici di Assistenza Primaria (MAPs) garantiscono un'attività ambulatoriale per tutti gli assistiti della propria Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) dalle 8:00 alle 20:00 dal lunedì al venerdì e dalle 8:00 alle 11:00 il sabato e nei giorni prefestivi, mantenendo la relazione fiduciaria con il paziente.

Nell'ambito dei modelli erogativi, i MAPs assicurano un servizio ambulatoriale dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 20:00. Durante il break di pranzo (13:00-15:00), così come il sabato e nei prefestivi, l'attività ambulatoriale è garantita solo per accesso diretto nei vari studi della AFT.

Se un MAP esercita in più studi, l'orario minimo di attività può essere suddiviso tra di essi, purché almeno il 50% del tempo sia dedicato allo studio principale, come stabilito nel contratto nazionale.

Il referente dell'AFT deve comunicare alla Direzione del Dipartimento di Salute Pubblica, entro il 15 dicembre, quali studi garantiranno l'attività dalle 13:00 alle 15:00 e dalle 8:00 alle 11:00 nel primo semestre dell'anno successivo. Eventuali variazioni devono essere segnalate almeno 7 giorni prima. Allo stesso modo, entro il 15 giugno, il referente deve comunicare le stesse informazioni per il secondo semestre. In caso di MAPs con più studi autorizzati, queste attività devono svolgersi all'interno dell'AFT dove si trova lo studio principale.

All'interno di ciascuna Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), i Medici di Assistenza Primaria (MAPs) possono selezionare una o più sedi di riferimento dalla propria rete di studi professionali.



Tra queste sedi, è possibile includere strutture aziendali come i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e le Case di Comunità (hub o spoke). Le spese per le attività straordinarie richieste dall'Azienda Sanitaria di riferimento ricadono sull'ente stesso, non sui MAPs.

In queste sedi di riferimento, i medici possono coordinare le attività assistenziali legate alla AFT. Ad esempio, possono garantire continuità dell'assistenza negli orari 13:00-15:00 dal lunedì al venerdì e dalle 8:00 alle 11:00 il sabato e nei prefestivi; gestire la vaccino profilassi per i pazienti a loro affidati; e organizzare percorsi di presa in carico per pazienti con patologie croniche, utilizzando strumenti di diagnostica di primo livello e telemedicina, così come definito negli accordi regionali o aziendali.

Gli Accordi Regionali o Aziendali possono stabilire ulteriori attività da svolgere nelle sedi designate. Il referente dell'AFT ha il compito di coordinare le attività di queste sedi, mentre i medici dell'AFT si occupano autonomamente della regolamentazione delle attività, comprese le modalità di ripartizione dei costi.

Tutti i modelli erogativi previsti in questo accordo sono fondamentali per la creazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e delle Case di Comunità, sia hub che spoke, nel territorio regionale, in linea con il Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022 n. 77. Questi modelli possono ospitare o attuare, attraverso specifici accordi a livello regionale o aziendale, varie componenti, tra cui la Porta Unica di Accesso (PUA) e i servizi di assistenza domiciliare, che possono essere realizzati con il supporto del personale di studio della medicina generale in connessione con i servizi della Casa di Comunità hub di riferimento.

Inoltre, è prevista l'organizzazione di attività specialistica ambulatoriale interna per le patologie ad alta prevalenza e di attività infermieristica, gestita anche dal personale delle cure primarie secondo le modalità stabilite nel presente accordo. È previsto anche un sistema integrato di prenotazione collegato al Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'azienda, oltre a un'integrazione con i servizi sociali. Per le Case di Comunità spoke, è previsto un collegamento con la Casa di Comunità hub di riferimento. Queste disposizioni mirano a garantire un'assistenza sanitaria più integrata e accessibile.

INDENNITÀ

Collaboratore di Studio

Tutti i Medici di Assistenza Primaria (MAPs) operanti all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che non ricevono indennità di collaboratore di studio devono, entro sei mesi dalla pubblicazione del presente accordo, assicurare la presenza di un collaboratore di studio secondo il contratto di lavoro, per un numero di ore settimanali equivalenti a un costo annuo complessivo di almeno 8.316 euro.



Questo obbligo si applica anche ai medici che acquisiscono l'incarico dopo la pubblicazione dell'accordo e deve essere rispettato entro tre mesi dalla loro iscrizione nell'elenco dei medici di medicina generale.

Ai medici in questione è riconosciuta un'indennità forfettaria annua di 8.316 euro, corrispondenti a 10 ore settimanali per un costo orario complessivo di 16 euro, che verrà erogata in rate mensili di 693 euro a partire dalla data di inizio del servizio.

Per i MAPs appartenenti a modelli strutturali di livello 1 (ms1), l'indennità annua può essere aumentata di 2.496 euro, a condizione che vi siano risorse disponibili, portando il totale a 10.816 euro, equivalenti a 13 ore settimanali. Questa somma sarà corrisposta in dodicesimi di 901 euro.

Per i MAPs appartenenti a modelli strutturali di livello 2 (ms2), l'indennità forfettaria può aumentare di 4.160 euro, sempre in base alla disponibilità di risorse, portando il totale a 12.480 euro, equivalenti a 15 ore settimanali e corrisposte in rate mensili di 1.040 euro.

Queste misure mirano a garantire il supporto necessario a tutti i MAPs all'interno delle AFT.

Ai MAPs di cui al comma 1 facenti parte di un ms3 l'indennità forfettaria di cui al precedente comma 2 è aumentata, a richiesta e in presenza di risorse eventualmente disponibili individuate con apposito provvedimento regionale in coerenza con l'art. 32 del presente accordo e allo stanziamento dallo stesso previsto, nella misura di € 6.656,00 annui, equivalenti a numero 8 ore settimanali, da corrispondersi in dodicesimi (€ 555,00) per un totale annuo di € 14.976,00 (€ 8.316,00 + 6.660,00 corrispondenti a € 1.248,00 in dodicesimi).

Assistenza Infermieristica o Sanitaria

Per potenziare l'assistenza domiciliare ai pazienti, il presente accordo prevede la possibilità di garantire almeno 4 ore settimanali di assistenza infermieristica o sanitaria per ogni medico, a condizione che ci siano finanziamenti disponibili. Se questo requisito è soddisfatto, si potrà estendere a 7 ore settimanali per i medici che già offrono 4 ore. Il rimborso sarà effettuato sulla base di una rendicontazione, a un costo orario di 17 euro.

Tutti i Medici di Assistenza Primaria (MAPs) appartenenti alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che non percepiscono alcuna indennità per personale infermieristico o sanitario possono richiedere la presenza di tale personale, secondo il contratto di lavoro o attraverso attività professionale in regime di libera professione. Il costo annuo per il personale non deve essere inferiore a 7.068 euro, calcolato sul costo orario di 17 euro.

In caso di disponibilità di risorse, ai MAPs è riconosciuta un'indennità forfettaria annua di 7.068 euro, corrispondente a 8 ore settimanali, da erogare in rate mensili di 589 euro, a partire dalla data di attivazione del servizio.

Per i MAPs che fanno parte di un modello strutturale di livello 1 (ms1), l'indennità può essere aumentata, previa richiesta e in presenza di risorse disponibili, di 2.652 euro annui, corrispondenti a 3 ore settimanali, con un totale annuale di 9.720 euro, da corrispondere in rate mensili di 810 euro.

Per i MAPs appartenenti a un modello strutturale di livello 2 (ms2), l'indennità può essere aumentata di 4.416 euro annui, equivalenti a 5 ore settimanali, portando il totale a 11.484 euro, da erogare in mensilità di 957 euro, a partire dalla data di fornitura del servizio.

Ai Medici di Assistenza Primaria (MAPs) appartenenti a un modello strutturale di livello 3 (ms3) è prevista un'indennità forfettaria annuale che può essere aumentata, su richiesta e in presenza di fondi disponibili, di 6.192 euro, corrispondenti a 7 ore settimanali. Questa somma porta il totale annuo a 13.260 euro, con un'erogazione mensile di 1.105 euro a partire dalla data di attivazione del servizio.

Servizi Informatici

I Medici di Assistenza Primaria (MAPs) della Regione Puglia sono tenuti a garantire una gestione informatizzata della scheda sanitaria nel loro studio e nel modello organizzativo dell'AFT, utilizzando apparecchi, impianti e soluzioni digitali. Questo include l'adesione al progetto della tessera sanitaria e l'uso della ricetta elettronica, compresa quella dematerializzata.

I MAPs dell'AFT devono adottare una piattaforma informatico-telematica, denominata "piattaforma di AFT", che consenta di monitorare le attività, gli obiettivi e le performance in relazione a quanto previsto dall'ACN. Questa piattaforma deve facilitare il collegamento tra le schede sanitarie degli assistiti, permettendo a ogni medico di accedere alle informazioni cliniche dei pazienti trattati da altri medici dell'AFT, garantendo così una continuità delle cure nel rispetto della privacy e della sicurezza dei dati.

Inoltre, la piattaforma deve supportare l'organizzazione e la copertura coordinata delle attività previste dal modello organizzativo dell'AFT.

Per i nuovi iscritti nell'elenco dei medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, è obbligatorio possedere un computer. A questi medici verrà erogato un emolumento una tantum di 500 euro con la prima competenza mensile.

Ad ogni medico di assistenza primaria a ciclo di scelta spetta un compenso aggiuntivo di 225 euro mensili per l'adempimento dei compiti previsti.





VACCINAZIONE

L'obiettivo di copertura vaccinale previsto è il seguente:

- Obiettivo 1: raggiungere il 60% della popolazione assistita al 30 giugno di ogni anno per le persone di età pari o superiore a 65 anni (questo obiettivo comprende anche un valore del 59,01%).
- Obiettivo 2: raggiungere il 65% della popolazione assistita al 30 giugno di ogni anno per le persone di età pari o superiore a 65 anni (questo obiettivo comprende anche un valore del 64,01%).
- Obiettivo 3: raggiungere il 75% della popolazione assistita al 30 giugno di ogni anno per le persone di età pari o superiore a 65 anni (questo obiettivo comprende anche un valore del 74,01%).

Si considera per convenzione tutti i pazienti che nell'anno in corso compiono o superano i 65 anni.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Per l'Assistenza Domiciliare Primaria (ADP), il compenso per ogni accesso è di 26,46 euro. Esiste un limite, stabilito nella lettera C, comma 2, dell'art. 47 dell'ACN, che è pari al 20% di tutti i compensi mensili e si applica a tutti gli accessi effettuati nel mese. Le stesse norme si applicano ai pazienti ospitati in RSA o in residenze protette.

Per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il compenso per ogni accesso è di 28,92 euro, mentre per l'attivazione e il coordinamento degli interventi per i pazienti in ADI, il compenso è di 77,47 euro. Anche ai pazienti assistiti in Ospedale di Comunità si applicano le norme previste per l'ADI.

Per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Territoriale (ADT) e la compilazione del piano assistenziale, è previsto un compenso di 28,92 euro. Gli accessi previsti dal piano sono retribuiti allo stesso modo.

Inoltre, per ogni paziente arruolato in ADPec, è dovuto un compenso forfettario di 30 euro al mese per tutta la durata del servizio.

Per l'Assistenza Domiciliare per la Prevenzione (ADPv) e l'ADPec, il compenso per ogni accesso è di 26,46 euro.

Durante il periodo di emergenza calore, il medico deve effettuare almeno un accesso mensile, senza che si applichi il limite di compenso specificato nell'ACN. Anche in questo caso, le norme relative devono essere rispettate per i pazienti ospitati in RSA o in residenze protette.

Daniela Cramarossa

Giuseppe L'Abbate

UNA FINESTRA SUI NOSTRI LAVORI



Costruire la Fiducia nell' Informazione Scientifica
Campagne Vaccinali : "Ascolto e Dialogo di Prossimità"

Famila supermercato via della Resistenza 46, Bari
sabato 13 dicembre 2025, ore 15:00-18:00

Famila supermercato via Gentile 53-55, Bari
domenica 14 dicembre 2025, ore 11:00-14:00

Dok via Pacifico Mazzoni e Famila (str.Bitonto-Palese Aeroporto)
sabato 20 dicembre 2025, ore 15:00-18:00

A cura di Maria Zamparella con la collaborazione del gruppo Donne Medico "SAPARITO", dei Fiduciari e dei Vice Fiduciari dell' Ordine dei Medici di Bari
L'informazione scientifica è supportata da materiale autorizzato e messo a disposizione dal Settore della Comunicazione del Dipartimento di Prevenzione della Regione Puglia, Patrocinio (richiedi) Comune di Bari - DMCGB Bari

"VACCINIAMO IL FUTURO"

**COSTRUIRE LA FIDUCIA
NELL'INFORMAZIONE
SCIENTIFICA ASCOLTO E
DIALOGO DI PROSSIMITA': LA
PREVENZIONE COME PATTO
SOCIALE TRA SCIENZA E
CITTADINANZA.**

**Nasce a Bari il Progetto
"Vacciniamo il futuro"**, una
iniziativa che partendo dalla
cruciale tematica della
vaccinazione, si configura come
un eccellente modello operativo
per lo sviluppo della Medicina di
Prossimità.

Il concetto di medicina di
prossimità è spesso vittima di un
equivoco interpretativo che la
relega a una funzione
puramente "palliativa" o di
gestione dell'estrema cronicità.
Di seguito riporto i punti chiave
che giustificano la visione

ONCOLOGIA

LA PREVENZIONE ONCOLOGICA IN GINECOLOGIA E LA VACCINAZIONE: il ruolo centrale della Medicina Generale

Abstract

Il carcinoma della cervice uterina, causato quasi esclusivamente dall'infezione da Papillomavirus Umano (HPV), rappresenta ancora oggi una sfida significativa per la salute pubblica globale. Nonostante sia una patologia prevenibile e trattabile, l'incidenza rimane rilevante, con circa 3.152 nuovi casi all'anno in Italia. Il successo nella lotta a questa neoplasia dipende dall'integrazione sinergica tra prevenzione primaria (vaccinazione) e secondaria (screening).

L'articolo analizza i fattori di rischio associati all'HPV, l'efficacia delle strategie vaccinali attuali (con particolare focus sul vaccino nonavalente) e l'importanza dei protocolli di screening (Pap-test e HPV-DNA test). Viene inoltre esaminato il ruolo fondamentale del Medico di Medicina Generale (MMG) nel promuovere l'adesione dei pazienti ai programmi di prevenzione.

Per la Prevenzione Primaria, si evidenzia l'evoluzione dei vaccini, dal bivalente al nonavalente, quest'ultimo capace di coprire fino al 90% dei ceppi oncogeni. Si sottolinea l'importanza di stili di vita corretti e dell'educazione sessuale precoce. Per la Prevenzione Secondaria, si descrive il passaggio dal Pap-test (25-29 anni) all'HPV-DNA test come screening primario dai 30 anni, in linea con le evidenze scientifiche e i programmi regionali (es. Regione Puglia).

Counselling e Comunicazione, fondamentali; viene approfondita la tecnica delle "5 R" (Reach out, Review, Resource, Reassure, Reiterate) come strumento per gestire l'ansia della paziente positiva al test e superare le barriere comunicative legate alla sfera sessuale.

Conclusioni: Sebbene i tassi di mortalità siano in calo grazie allo screening, persistono barriere formative e culturali tra gli operatori sanitari. Emerge la necessità di un potenziamento delle competenze dei MMG attraverso la formazione specifica in sessuologia e comunicazione.

ampliata della medicina di prossimità, parte integrante della nuova riorganizzazione della medicina del territorio come previsto dal PNRR, utili a sostenere, rendere efficace e permettere la sua evoluzione verso un modello proattivo e non solo reattivo:

1. Ribaltamento della Piramide Assistenziale, il focus si sposta dalla gestione dell'acuzie alla medicina di iniziativa;

2. L'educazione sanitaria come strumento di "Self-Management". Infatti, la medicina di prossimità agisce come catalizzatore per l'empowerment del paziente e, attraverso figure come l'Infermiere di Famiglia e le Case di Comunità, promuove l'Alfabetizzazione Sanitaria (Health Literacy);

3. La prossimità come "Antenna Sociale" integrando la dimensione clinica con quella biosociale. La salute non è solo assenza di malattia, ma uno stato di benessere influenzato dai determinanti sociali (solitudine, povertà, condizioni abitative);

4. La transizione dal Modello Reattivo (Standard) al Modello Proattivo (Prossimità).

La medicina di prossimità non deve essere il "binario morto" dove si gestisce solo l'inevitabile, ma il motore pulsante di una comunità resiliente.

ONCOLOGIA


In conclusione, il coinvolgimento attivo della Medicina Generale è il fattore determinante per raggiungere gli obiettivi OMS 2030, riducendo le disparità di accesso e garantendo un monitoraggio costante dell'aderenza vaccinale e degli screening.

Key words: HPV, Carcinoma della cervice, Vaccinazione anti-HPV, Screening oncologico, Medicina Generale, Prevenzione ginecologica.

Nella maggior parte dei casi diagnosticati, il tumore della cervice è causato dall'infezione da papillomavirus umano (HPV). I fattori di rischio associati ai tumori HPV-correlati includono: (1)

- inizio precoce dell'attività sessuale: rispetto alle donne con età ≥ 21 anni al tempo del primo rapporto sessuale, il rischio è circa 1,5 volte per le donne con 18-20 anni al tempo del primo rapporto e 2 volte superiore per le più giovani con meno di 18 anni;
- numero elevato di partner: il rischio di sviluppare il cervicocarcinoma è doppio nelle donne con due partner e triplo in quelle con sei o più partner rispetto alle donne con partner singolo;
- partner sessuale ad alto rischio (ad es. partner con più partner sessuali o con una nota infezione da HPV);
- storia di infezioni sessualmente trasmesse (ad es. Chlamydia trachomatis, Herpes genitale);
- giovane età alla prima gravidanza (meno di 20 anni) e gravidanze multiple (tre o più nascite a termine); queste sono probabilmente correlate all'esposizione all'HPV attraverso i rapporti sessuali;
- storia di neoplasia o cancro intraepiteliale squamoso vulvare o vaginale (l'infezione da HPV è anche l'eziologia della maggior parte dei casi di tali neoplasie);
- immunosoppressione (ad es. infezione da HIV).

L'HPV (Human Papilloma Virus) costituisce una famiglia di virus composta da oltre duecento genotipi virali. Circa l'80% delle persone sessualmente attive la contrae almeno una volta nel corso della vita.




Prevenzione ed educazione sanitaria sono le fondamenta che permettono di mantenere la popolazione in salute più a lungo, garantendo che le cure palliative e di fine vita rimangano un servizio di eccellenza per chi ne ha reale bisogno, e non l'unica risposta possibile del territorio.

L'obiettivo primario del progetto è sintetizzato nello slogan "L'Informazione Scientifica Accessibile".

Colmare il divario informativo portando la conoscenza scientifica direttamente dove si trova il cittadino è **utile nell'attuale conteso sanitario**, segnato da liste d'attesa percepite come prioritarie rispetto alla prevenzione e da una sfiducia che spesso sfocia nel complottismo.

Il suo *modus operandi* può essere replicato per affrontare una vasta gamma di tematiche sanitarie, sviluppando così un sistema di Medicina di Prossimità più ampio e resiliente:

- Screening e Prevenzione Oncologica, l'informazione capillare può migliorare l'adesione;
- Gestione delle Malattie Croniche, incontri di prossimità per educare i cittadini alla corretta gestione delle cronicità, migliorando l'aderenza terapeutica;



La maggior parte degli HPV causa lesioni benigne, come le verruche che colpiscono la cute (di mani, piedi o viso) ed i condilomi o papillomi che interessano le mucose genitali e orali. La maggior parte delle infezioni genitali da HPV regredisce spontaneamente. Una piccola quota invece, se non trattata, può evolvere lentamente verso una forma tumorale. Il tumore del collo dell'utero è infatti quasi sempre correlato alla presenza dell'HPV.

Gli HPV che infettano la cervice uterina si suddividono in ceppi (2):

- A basso rischio (6,11, 42, 43, 44, ecc.) quasi mai associati a carcinomi invasivi della cervice
- A medio rischio (35, 39, 51, 56, 59, ecc.) associati, ma non di frequente, con il carcinoma della cervice
- Ad alto rischio (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, ecc.) frequentemente associati ai carcinomi della cervice.

Pur essendo una malattia prevenibile mediante la vaccinazione e trattabile, soprattutto se diagnosticata precocemente, il cancro della cervice uterina rappresenta tutt'oggi il quinto tumore più diffuso a livello mondiale, con un tasso di incidenza standardizzato per età stimato di 13,3 per 100.000 donne. Ogni anno in Italia sono diagnosticati circa 3.152 nuovi casi di carcinoma della cervice e sono notificati circa 1.011 decessi e il picco di incidenza si osserva nella fascia di età 50-54 anni con 458 nuovi casi/anno. (3) La prevenzione in ambito ginecologico ha come obiettivo la diagnosi precoce e la riduzione dei fattori di rischio associati a malattie che colpiscono l'apparato riproduttivo femminile come le infezioni sessualmente trasmesse, le lesioni pre-neoplastiche e i tumori ginecologici. L'incidenza globale e i tassi di mortalità dipendono strettamente dalla presenza di programmi di screening per lesioni precancerose e della vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV), entrambi maggiormente disponibili nei Paesi industrializzati.

Secondo i dati dell'AIRTUM (Associazione italiana registri tumori), per il 2020 sono stati stimati in Italia 2.365 nuovi casi di tumore della cervice uterina, una malattia che nel 2017 ha causato 494 decessi. Sia i casi sia i decessi sono in continua e forte riduzione fin dall'inizio degli anni Ottanta, per effetto delle campagne di screening per la diagnosi precoce di cancro della cervice tramite il Pap-test. Questo esame permette infatti di individuare eventuali lesioni pre-cancerose e intervenire così prima che si sviluppi il cancro. Dalla sua introduzione negli anni Cinquanta a oggi, il Pap-test ha permesso di ridurre enormemente l'incidenza e la mortalità del carcinoma della cervice uterina, quanto meno nei Paesi ad alto reddito, ed è tutt'ora un esame semplice e di fondamentale importanza. (4)



- Promozione di Stili di Vita Sani, la diffusione di messaggi scientificamente corretti può essere potenziata dal contatto diretto nei luoghi di aggregazione;
- Sensibilizzazione su Altre Campagne Sanitarie di salute pubblica (donazione sangue, igiene ambientale, ecc.) per massimizzare l'impatto.

Il progetto "Vacciniamo il Futuro" nasce dalla consapevolezza che la vaccinazione rappresenta uno dei traguardi più alti della sanità pubblica e, **con l'avvio, lo scorso 13 dicembre 2025, si è offerto in un ambiente non sanitario il Dialogo Aperto e l'Interazione Diretta; avviato con successo sul territorio Barese, merita pieno sostegno e monitoraggio, poiché ha fornito un modello replicabile per costruire fiducia e alfabetizzazione sanitaria in altri contesti geografici, elevando la qualità della Medicina di Prossimità a beneficio di tutta la cittadinanza. Infatti, l'idea è quella di estendere e sviluppare il progetto anche in altri setting diversi dai supermercati e parrocchie, dove "la gente è": smontare le fake news e costruire fiducia attraverso la trasparenza e la conoscenza.**

Secondo l'OMS entro il 2030 dovranno essere raggiunti i seguenti tre obiettivi:

- il 90% delle ragazze entro i 15 anni di età completamente vaccinate con il vaccino anti- HPV;
- il 70% delle donne sottoposte a screening utilizzando un test ad alta performance a 35 anni, che deve essere ripetuto entro i 45 anni;
- il 90% delle donne identificate con malattia cervicale trattate o comunque prese in carico.

Prevenzione primaria

La prevenzione primaria è rappresentata dalla vaccinazione, oltre che da comportamenti e stili di vita corretti quali l'educazione sessuale; l'uso del preservativo (anche se non protegge completamente dal papillomavirus umano); il fumo; sedentarietà e obesità.

I vaccini sono completamente sintetici, non contengono il materiale genetico (DNA) del virus, ma frazioni proteiche di parete virale, che unite a molecole immunogeniche provocano la risposta anticorpale senza una reale infezione.

I vaccini sviluppati contro gli HPV prevengono l'infezione dei virus:

A) Vaccino bivalente (CERVARIX): HPV 16 e HPV 18. Si somministra alle femmine dai 9 anni;

B) Vaccino quadrivalente (GARDASIL): HPV 16, 18, 6 e 11. Si somministra alle femmine e ai maschi dai 9 anni;


C) Vaccino nonavalente. Rispetto ai vaccini precedenti, attivi contro al massimo quattro ceppi virali, questo nuovo vaccino anti-HPV è in grado di prevenire i tumori causati da nove tipi di questo insidioso virus (Human Papilloma Virus), poichè si raggiunge una copertura vaccinale per il tumore della cervice raggiunge fino al 90%, rispetto al 70% di quello precedente. E' quindi più efficace contro il tumore al collo dell'utero ed estende inoltre la protezione ad altre forme di cancro HPV-correlate, come il cancro dell'ano, della vulva e della vagina, per i quali non esiste altro strumento né di prevenzione né di diagnosi precoce.

Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria (screening) è rappresentata da:

- Pap-test
- HPV-DNA


Tra i 25 e i 30 anni il controllo più indicato è il Pap test ogni 3 anni, capace di individuare precocemente le lesioni pre-cancerose e permetterne la cura prima che evolvano.



I vaccini rappresentano la più grande conquista della salute pubblica del XX secolo hanno trasformato radicalmente il panorama epidemiologico italiano, riducendo l'incidenza di malattie che un tempo erano endemiche e letali.

Ogni anno, l'influenza stagionale causa tra 250.000 e 650.000 decessi a livello globale, principalmente tra gli anziani e le persone fragili, con complicazioni come polmonite e peggioramento di patologie croniche (le stime-ECDC- in Europa sono pari a circa 40.000 morti ogni anno, circa 8.000 decessi in Italia -90% di fragili o >65 aa-). Tutti i dati elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dimostrano che i programmi di vaccinazione universale hanno evitato milioni di casi di malattia e salvato innumerevoli vite nel mondo anche in **ambito oncologico**. *Quando le coperture vaccinali scendono al di sotto della soglia critica (generalmente il 95% per raggiungere l'immunità di gregge), il rischio di ritorno delle malattie aumenta drammaticamente.*

Investire oggi nelle vaccinazioni significa, letteralmente, "vaccinare il futuro", ridurre il carico delle malattie croniche,



Dai 30 anni in poi, le linee guida e le più recenti evidenze scientifiche raccomandano come test principale l'HPV-DNA test ogni 5 anni, ritenuto il più efficace per scoprire eventuali alterazioni legate al Papillomavirus. Di supporto l'ecografia transvaginale risulta utile nella diagnosi precoce di patologie uterine e ovariche come pure una visita ginecologica periodica che può essere raccomandata dal MAP in base all'età e ai fattori di rischio.

L'organizzazione prevista nelle regioni italiane rende la modalità di risposta maggiormente favorevole, ma rimane cruciale il ruolo del Medico di Assistenza Primaria (MAP) nell'influenzare una buona predisposizione alle pratiche preventive ed alla vaccinazione, contribuendo ad un'adeguata conoscenza sull'infezione da HPV.

In Puglia, la campagna di prevenzione HPV combina la vaccinazione gratuita per ragazzi e ragazze (12° anno di età e categorie a rischio, inclusi i 25enni) con lo screening oncologico gratuito per le donne tra i 25 e i 65 anni, organizzato tramite il centro screening. Si effettua il Pap test (donne 25-29 anni) e l'HPV DNA test (donne 30-65 anni), entrambi gratuiti. In caso di positività, si viene richiamate per approfondire con la colposcopia.


Il MAP svolge un ruolo centrale nella prevenzione primaria attraverso la promozione della salute, informando i pazienti su:

- sessualità sicura e uso del profilattico;
- adozione di uno stile di vita sano (peso, attività fisica, dieta);
- ruolo dei fattori di rischio riproduttivi e ormonali;
- identificare le pazienti non vaccinate e favorire il completamento del ciclo vaccinale;
- sensibilizzare le famiglie sull'importanza della vaccinazione precoce di bambini e bambine.

Il MAP ha anche un'importanza cruciale nella prevenzione secondaria, ricordando alla donna o programmando Pap test e HPV test secondo linee guida; identificando le donne che non partecipano regolarmente agli screening; facilitando il follow-up dopo risultati anomali; verificando l'adesione agli screening riducendo dunque il ritardo diagnostico per molte patologie ginecologiche.

Spesso però il Medico mostra da sempre una certa riluttanza ad affrontare argomenti relativi alla sessualità con i pazienti adulti, e ciò è ancor più vero con gli adolescenti. Le barriere più frequenti sono rappresentate da: (5)

- mancanza di conoscenze e di formazione: purtroppo durante lo studio universitario nelle Facoltà di Medicina, l'insegnamento della Sessuologia è praticamente assente. Qualche concetto viene accennato durante le lezioni di Clinica Ginecologica, ma di fatto la maggior parte dei medici esce dall'Università senza conoscenze specifiche;



proteggere i fragili attraverso l'immunità di gregge e promuovere un invecchiamento attivo e in salute, non solo protezione individuale ma un investimento generazionale, verso una cultura della salute e dell'Evidenza Scientifica.


La medicina di prossimità con il progetto "Vacciniamo il Futuro", sfida l'esitazione tra i banchi del supermercato affermando nei luoghi del quotidiano:

- L'efficacia della prevenzione, costruendo credibilità;
- L'importanza della Fiducia, dimostrando ai cittadini che la salute è un bene collettivo;
- L'attuale crisi di salute pubblica, evidenziando la disinformazione.

Nato dall'intuizione della Dr. Maria Zamparella, coordinato dalla stessa, con la collaborazione del gruppo Donne Medico, "Agapanto" e Fiduciari e Vice -Fiduciari dell'OMCeO Bari dimostra che la battaglia contro la disinformazione non si vince negli ambulatori, ma laddove "la gente è".

La Cronaca di un'iniziativa che trasforma il supermercato in presidio di salute.

"Siamo medici, non chiediamo soldi: vogliamo promuovere la conoscenza",

- 
- imbarazzo: la sessualità è un ambito molto personale e per discuterne serenamente il MMG deve mettere in atto atteggiamenti empatici, ma non intrusivi e deve essere in grado di ascoltare senza esprimere giudizi.

È assolutamente da evitare, nel rivolgersi ad un adolescente, qualsiasi atteggiamento di cameratismo con espressioni di linguaggio giovanili:

- differenze di genere e di età con la paziente
- differenze culturali: sta nella capacità del medico capire fino a che punto approfondire le informazioni, in relazione alle capacità di comprensione della paziente;
- sensibilità soggettiva: è indubbio che vista la vastità degli argomenti trattati nell'ambito della MG, non si pretende che tutti medici siano in grado di essere competenti ed esaustivi in tutti i campi. È dovere del medico però, sollevare argomenti di così grande importanza come la prevenzione delle MTS, del cancro della cervice e delle gravidanze indesiderate, riferendo eventualmente l'adolescente al consultorio per opportuni approfondimenti.

La comunicazione con la paziente positiva al PapTest e/o al test HPV è un momento particolarmente delicato che spesso genera ansia nella paziente.

Una tecnica possibile per svolgere un counselling efficace è quella delle 5 R (6):

- reach out: metti in contatto con la paziente e ascolta per cercare di comprendere, pur nel suo stato di turbamento, le sensazioni e le paure che la diagnosi le ha provocato;
- review: cerca di capire ciò che la paziente conosce sull'HPV attraverso le informazioni lette o sentite dalle amiche/conoscenti, e quali sono i preconcetti da cui parte;
- resource: sii una risorsa per lei nel darle il modo di informarsi aiutandola a trovare il materiale più appropriato;
- reassure: rassicura la paziente sul fatto che l'infezione da HPV è molto comune, che spesso non produce alcuna malattia, e che la maggior parte delle adolescenti eliminano il virus autonomamente. Esplicita che il cancro è una conseguenza rara e che può essere efficacemente prevenuto continuando i controlli con regolarità;
- reiterate: ripeti i punti principali discussi, fissando subito un nuovo incontro per permettere alla paziente di ripensare alle cose dette e riformulare le domande che possono riaffiorare a mente fredda. Tra l'altro è possibile che la donna voglia ritornare con il partner per eventuali chiarimenti.

con questa semplice ma dirompente frase, le équipe di medici di medicina generale e specialisti in formazione hanno intercettato oltre 800 cittadini tra le corsie dei supermercati baresi. I dati raccolti sul campo confermano l'efficacia del metodo, evidenziato un mix di fiducia, bisogno di rassicurazione e sfumature preziose che spesso sfuggono ai dati statistici e, l'esigenza di una comunicazione più empatica e di una prossimità che trasformi l'obbligo in consapevolezza condivisa. Il dialogo diretto riduce l'esitazione vaccinale dal 40% al 30%.

Quando il medico "esce" dallo studio abbatte la barriera psicologica che separa il cittadino dall'esperto e smonta le fake news.

La Voce dei Cittadini, Riflessioni dal campo Tra pregiudizi e scoperte:

La fiducia nel "Camice Bianco"
"Non cerco risposte su Google, cerco un medico che abbia il tempo di spiegarmi perché questo vaccino è importante per mio figlio e per i miei genitori anziani. La fiducia nasce dal tempo che ci dedicano."

Il vaccino come atto di solidarietà
"Ho capito che vaccinarsi non serve solo a me. È un gesto che faccio per la mia comunità."

Dallo studio "Infezione da papillomavirus umano e vaccinazione: conoscenze e ruolo dei medici di medicina generale" (7) sono emerse alcune carenze conoscitive da parte dei MMG in merito all'infezione da HPV e alla relativa vaccinazione. Considerando i MMG come figure chiave del Servizio sanitario nazionale, quasi sempre consultati dalle famiglie sulla scelta di procedere alle vaccinazioni, è di fondamentale importanza il loro coinvolgimento al fine di raggiungere gli obiettivi di copertura vaccinale anti-HPV previsti dal PNPV e di controllare le patologie HPV-associate; ciò potrebbe essere possibile attraverso corsi di formazione adeguati, una comunicazione chiara ed efficace tra i MMG e i loro pazienti, nonché tra MMG e PLS.

Conclusioni

Il ruolo della Medicina Generale è cruciale sia nella prevenzione che secondaria e dovrà espletarsi attraverso l'aggiornamento scientifico sul tema; la formazione, l'azione di counselling per le famiglie, i genitori, le giovani donne, ecc.; il monitoraggio dell'aderenza agli screening e alla vaccinazione, integrando le cure primarie con quelle specialistiche per ridurre l'incidenza di patologie HPV-correlate.



Riferimenti Bibliografici:

- 1- linee guida aiom 2024
- 2- Fonte: IARC 2003
- 3- ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Italy. Summary Report 10 March 2023.
- 4- <https://www.airc.it/>

È una forma di rispetto verso gli altri." **La riscoperta del valore collettivo!!!**

La richiesta di semplificazione

"Burocrazia, difficoltà di prenotazione scoraggiano più della paura degli effetti collaterali. Servono centri vaccinali aperti, vicini alla gente e informazioni chiare, senza paroloni tecnici."

Il valore scientifico

"L'autorevolezza di figure socio-sanitarie è percepita se vicini alla gente"

Scetticismo sull'efficacia *"Non vi è utilità della vaccinazione stagionale per la mutabilità dei ceppi virali. Tanto Tutti dobbiamo morire";*

Chiusura ed ostilità verbale

"Quella porcheria se la inoculassero loro!" - "No non mi vaccino, non ho vaccinato nemmeno il mio cane. Credimi!" - "Non ci credo, mi dispiace" - "Le guerre nel mondo ci sono perché i vaccini hanno fatto impazzire le persone!". "I vaccini non mi interessano, sono contrario a tutto", "Non voglio parlarne":

Il bisogno di "umanità"

scientifica *"La prossimità psicologica si è rivelata efficace quanto quella fisica:*

Sollievo nel poter porre domande semplici senza sentirsi giudicati". L'empatia è efficace quanto la competenza clinica.

- 5- Aschka C, Rimmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. J Fam Pract 2001;50:773-8.)
- 6- (Main C. Counselling patients for human papillomavirus. Module 5. In: Linking human papillomavirus to the practice of immunization. Ottawa: SOGC 2006.)
- 7- Infezione da papillomavirus umano e vaccinazione: conoscenze e ruolo dei medici di medicina generale Human papillomavirus and vaccination: knowledge and attitudes of italian general practitioners Carlo Signorelli, 1 Anna Odone, 1 Federica Pezzetti, 1 Francesca Spagnoli, 1 Sara Visciarelli, 1 Antonio Ferrari, 1 Paola Camia, 1 Chiara Latini, 1 Veronica Ciorba, 1 Antonella Agodi, 2 Martina Barchitta, 2 Silvestro Scotti, 3 Paolo Misericordia, 3 Cesira Pasquarella1

Elisa Mappa



La solitudine informativa
"Spesso leggiamo cose spaventose sul web perché non sappiamo a chi altro chiedere in tempi brevi";

Teorie del complotto e spinte ideologiche, "I vaccini sono strumento di profitto per le lobby economiche o causa di alterazioni comportamentali e conflitti globali";

I Successi del Dialogo e della Mediazione hanno permesso di Superamento dei falsi impedimenti alla vaccinazione: *"Sono oncologico, non mi vaccino", "Sono affetto da silicosi polmonare non sono idoneo alla vaccinazione", "Non conosciamo le indicazioni del vaccino per HPV".*

Le testimonianze raccolte indicano che la sfida del futuro non si vince solo nei laboratori di ricerca ma nelle piazze, nelle scuole e negli studi medici di prossimità al cittadino; abbiamo dimostrato che quando la scienza si apre all'ascolto, i dubbi si trasformano in domande e le domande in adesione consapevole. L'umanizzazione dei percorsi sarà il successo delle campagne vaccinali del futuro!!!
"Vacciniamo il Futuro" non è uno slogan, ma un impegno programmatico. La prevenzione deve diventare un'abitudine culturale, un filo rosso che unisce le generazioni in un unico obiettivo per un "domani sano, sicuro e resiliente"

BENESSERE E STILI DI VITA

Gestione del paziente con nuova diagnosi ecografica di "bright liver" nello studio di medicina generale: perché non fermarsi alla steatosi.

Non basta uno stile di vita sano!!!

Abstract

Il primo riscontro ecografico di "bright liver" rappresenta una delle più frequenti alterazioni epatiche nella pratica clinica, anche nel contesto della medicina generale. Poiché la steatosi epatica è la causa più comune di iperecogenicità, il primo riscontro ecografico di bright liver viene troppo spesso interpretato direttamente come steatosi sia da chi esegue l'ecografia sia dal MMG che si fida del referto dell'ecografista. Sarebbe invece necessaria una diagnosi differenziale tra numerose altre condizioni, tra cui epatiti croniche, fibrosi, cirrosi, malattie infiltrative (come neoplasie e amiloidosi) e, in particolare, le malattie da accumulo come l'emocromatosi, il morbo di Wilson e le glicogenosi.

La valutazione del paziente nello studio del MMG richiede un approccio integrato, che parte dall'anamnesi dettagliata e dall'esame obiettivo, fino ad arrivare a un inquadramento laboratoristico completo (funzionalità epatica, profilo del ferro, markers virali e autoimmuni, indici di accumulo). Un'accurata identificazione delle cause di "bright liver" consente di impostare un percorso diagnostico-terapeutico personalizzato, migliorando la gestione clinica e il follow-up del paziente, anche grazie a un dialogo multidisciplinare tra medico di medicina generale e specialista. La conoscenza delle principali patologie coinvolte e dei relativi algoritmi diagnostici rappresenta uno strumento essenziale per l'MMG, al fine di garantire una presa in carico efficace e tempestiva delle diverse forme di iperecogenicità epatica.

Keywords: *Bright liver, iperecogenicità epatica, steatosi epatica, diagnosi differenziale, malattie da accumulo, emocromatosi, morbo di Wilson, fibrosi epatica, biopsia epatica, imaging epatico.*

Ringrazio tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione attiva del progetto.

Maria Zamparella



Introduzione

La comparsa di un “bright liver” all’ecografia addominale è una delle situazioni più frequenti che il medico di medicina generale si trova ad affrontare nella pratica quotidiana. Spesso questo riscontro viene interpretato in modo automatico come steatosi epatica, sia dagli ecografisti che dai MMG, portando a una gestione superficiale che rischia di trascurare diagnosi alternative talvolta di grande rilevanza clinica. In realtà, l’ipercogenicità del parenchima epatico rappresenta un segnale che merita sempre attenzione e un approfondimento sistematico. Il ruolo del MMG è centrale: non solo nel riconoscere la possibile steatosi, ma anche nell’indagare tutte le altre condizioni che possono manifestarsi con un quadro ecografico simile. Un approccio critico e ragionato consente di evitare errori diagnostici e di garantire la sicurezza del paziente, valorizzando la medicina generale come primo presidio nella prevenzione e nella diagnosi precoce delle patologie epatiche.

Principali affezioni tra cui fare diagnosi differenziale

Di fronte ad un primo riscontro di “bright liver” all’ecografia, la steatosi epatica è sicuramente la prima ipotesi che viene in mente, soprattutto se il paziente presenta fattori di rischio come obesità, diabete o dislipidemia. Tuttavia, è fondamentale ricordare che l’ipercogenicità epatica può essere la manifestazione di molte altre condizioni, alcune delle quali richiedono un’attenzione particolare per la loro potenziale gravità o specificità terapeutica. Oltre alla steatosi, le epatiti croniche, sia di origine virale che autoimmune, possono presentarsi con un fegato brillante. Anche la fibrosi e la cirrosi epatica, specie nelle prime fasi, possono alterare la struttura del parenchima e renderlo ipercogeno prima che emergano i classici segni clinici. Un altro gruppo importante di patologie da considerare è quello delle malattie infiltrative: neoplasie primitive o metastatiche, linfomi, amiloidosi e altre condizioni che modificano l’architettura epatica possono dare un quadro ecografico simile.

Non bisogna dimenticare le malattie da accumulo, tra cui spicca l’emocromatosi, in cui il deposito patologico di ferro nel fegato può causare ipercogenicità, talvolta associata a segni di insufficienza epatica e coinvolgimento di altri organi. Anche altre malattie da accumulo come le glicogenosi, il morbo di Wilson (accumulo di rame), e la malattia di Gaucher (accumulo di glucocerebrosidi) possono alterare l’aspetto ecografico epatico.

Infine, condizioni come la congestione epatica da scompenso cardiaco e il deposito di glicogeno in pazienti diabetici, se mal controllate, sono ulteriori possibili cause di bright liver che non vanno trascurate.



Il compito del MMG è quello di mantenere sempre uno sguardo ampio e critico, integrando i dati anamnestici, clinici e laboratoristici per orientarsi tra queste diverse possibilità.

Indagini necessarie per orientarsi nella diagnosi

Quando ti trovi davanti a un “bright liver” all’ecografia, la raccolta di informazioni deve essere il più possibile completa e mirata. L’anamnesi dettagliata è fondamentale: oltre alle abitudini alimentari e all’assunzione di alcol, bisogna indagare la storia farmacologica, la presenza di patologie metaboliche, eventuali sintomi sistemici come febbre, prurito, calo ponderale o ittero, e la familiarità per epatopatie o malattie genetiche.

L’esame obiettivo aiuta a cogliere segni di epatopatia cronica (spider nevi, ascite, epatomegalia, splenomegalia) e a valutare la presenza di sindrome metabolica o manifestazioni extraepatiche che possano suggerire malattie da accumulo. Sul piano laboratoristico, è importante richiedere un pannello ampio: oltre alle transaminasi, gamma-GT, fosfatasi alcalina e bilirubina, vanno valutati albumina, PT/INR, emocromo e ferritina, che sono particolarmente utili per individuare l’emocromatosi. Nei casi sospetti, è opportuno aggiungere anche la transferrina e la saturazione della transferrina, così come la ceruloplasmina e il rame urinario per il morbo di Wilson.

Il profilo lipidico e glicemico, la funzionalità renale e gli indici di infiammazione completano il quadro di base. In presenza di elementi suggestivi, si ampliano le indagini con marker virali per epatiti, anticorpi autoimmuni, sierologia per infezioni come CMV ed EBV, dosaggio di alfa-fetoproteina e, nei pazienti con sospetto di malattie da accumulo, eventuali test genetici specifici. Infine sempre nell’ottica di guidare il paziente verso il percorso diagnostico terapeutico più adeguato è utile che l’MMG sia a conoscenza dell’utilità di indagini strumentali quali l’elastografia epatica per valutare la fibrosi, e la TC o la RM addome con mezzo di contrasto se si sospettano lesioni focali o patologie infiltrative.

Questo percorso permette di orientarsi con precisione tra le diverse cause di “bright liver”, garantendo al paziente una valutazione completa e personalizzata.

Conclusioni sulla gestione da parte del MMG

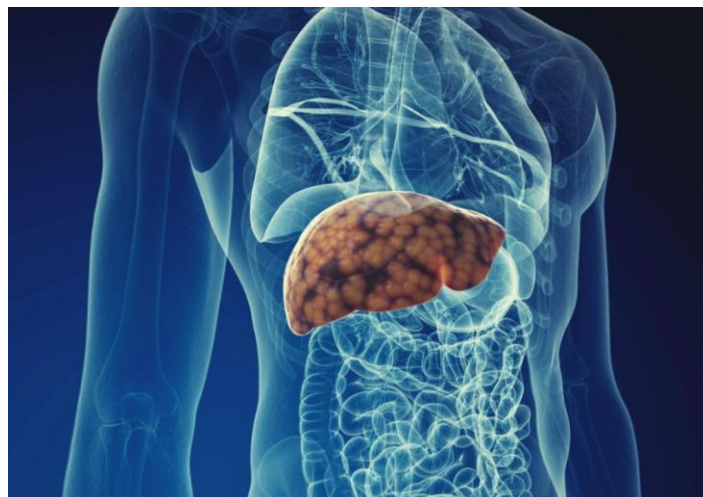
Il riscontro di “bright liver” all’ecografia addominale non deve mai essere liquidato come una semplice steatosi senza una valutazione clinica e laboratoristica completa. Il MMG ha il compito di impostare un percorso diagnostico ragionato, monitorare il paziente nel tempo e coinvolgere lo specialista epatologo quando necessario.

Solo un approccio critico e sistematico permette di garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure, evitando ritardi diagnostici e terapeutici. La medicina generale, in questo contesto, assume un ruolo chiave nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella gestione delle patologie epatiche, contribuendo in modo decisivo al benessere globale della persona. Riconoscere l'importanza della diagnosi differenziale e approfondire ogni caso con attenzione è il primo passo per offrire una medicina davvero efficace e personalizzata.

Bibliografia

1. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines: Management of non-alcoholic fatty liver disease
2. Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) – Documento di indirizzo sulla gestione della steatosi epatica nel setting della medicina generale.
3. Adams LA, Angulo P. Recent concepts in non-alcoholic fatty liver disease.
4. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with chronic liver disease.
5. Bravo AA, Sheth SG, Chopra S. Liver biopsy.
6. Guareschi A, et al. Diagnosi differenziale delle iperecogenicità epatiche.
7. Fargion S, et al. Emocromatosi ereditaria: diagnosi, gestione e follow-up.
8. Camaschella C, Roetto A. Malattie da accumulo: focus su emocromatosi e Wilson.

Maurizio Gargano



NEWS

Appropriatezza Prescrittiva tra Approfondimenti e Aggiornamenti



USO SICURO DEI FARMACI IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO: APPROCCIO BASATO SU EVIDENZE SCIENTIFICHE

Introduzione

Il Medico di Assistenza Primaria (MAP) affronta frequentemente condizioni cliniche comuni in donne in gravidanza e durante l'allattamento, contesti in cui la gestione farmacologica richiede un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio. La prescrizione di farmaci è spesso condizionata da preoccupazioni relative alla potenziale teratogenicità, alla tossicità fetale o alla trasmissione del farmaco attraverso il latte materno [1].

Durante l'allattamento, è ancora diffusa la pratica di interrompere prematuramente l'allattamento per motivi farmacologici, con conseguente compromissione della nutrizione e del legame madre-neonato. Tuttavia, le evidenze cliniche indicano che numerosi principi attivi comunemente impiegati non vengono escreti nel latte materno in concentrazioni clinicamente rilevanti oppure, se presenti, non sono assorbiti in misura significativa dal tratto gastrointestinale del lattante [2,3].

Una conoscenza appropriata dei farmaci compatibili consente di evitare sia il sottotrattamento materno sia l'interruzione non necessaria dell'allattamento.

Lo scopo di questo articolo è fornire una guida chiara e sintetica, destinata alla pratica della Medicina delle cure Primarie, che raccolga i farmaci più comunemente utilizzati e considerati sicuri, suddivisi per patologia, da utilizzare come vademecum clinico nella gestione quotidiana delle cittadine in gravidanza e allattamento.



Principi generali sull'uso dei farmaci in gravidanza

1. Valutazione rischio-beneficio: la prescrizione farmacologica in gravidanza richiede un'attenta analisi rischio-beneficio, considerando sia la salute materna sia lo sviluppo fetale. La sospensione di farmaci necessari può comportare rischi maggiori rispetto all'uso appropriato [1].
2. Periodo di maggiore vulnerabilità fetale: il primo trimestre è critico per l'organogenesi; l'esposizione a farmaci potenzialmente teratogeni comporta un rischio maggiore di malformazioni congenite [1].
3. Trasferimento placentare: la placenta non rappresenta una barriera assoluta; il trasferimento transplacentare dei farmaci dipende da peso molecolare, lipofilia, legame proteico e frazione ionizzata.
4. Uso di farmaci sicuri: farmaci con profilo di sicurezza documentato possono essere prescritti in gravidanza.
5. L'AIFA mette a disposizione schede terapeutiche basate su evidenze cliniche e dati post-marketing [1].
6. Monitoraggio clinico: per farmaci ad alto rischio o terapie croniche, è raccomandato il monitoraggio materno e fetale. La dose dovrebbe essere minima efficace e la durata limitata, quando possibile.

Principi generali sull'uso dei farmaci in allattamento

1. Passaggio nel latte materno: la maggior parte dei farmaci attraversa il latte materno in quantità limitata; l'esposizione neonatale dipende da lipofilia, legame proteico e tempo di somministrazione rispetto alla poppata [3].
2. Assorbimento neonatale: molti farmaci presenti nel latte hanno scarso assorbimento gastrointestinale nel lattante, riducendo il rischio di effetti avversi clinicamente significativi.
3. Continuità dell'allattamento: nella maggior parte dei casi, l'allattamento può essere proseguito in sicurezza durante la terapia farmacologica, previa valutazione della farmacocinetica e del rischio specifico del principio attivo.
4. Fonti ufficiali: l'AIFA fornisce schede aggiornate sui farmaci compatibili con l'allattamento, indicando farmaci sicuri, condizioni di uso e eventuali precauzioni [3].

Guida pratica per patologia

Presentiamo di seguito un compendio di terapie suggerite per le patologie più ricorrenti adoperabili in sicurezza durante la gravidanza e l'allattamento.

Ipertensione arteriosa

- Metildopa: è il farmaco di scelta con buon profilo di sicurezza alla dose di 250 mg 2–3 volte/die, dose massima 2 g/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Labetalolo: 100–200 mg 2 volte/die, dose massima 1.200 mg/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Nifedipina retard: 20–30 mg 1–2 volte/die, dose massima 120 mg/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento.

Antibiotici

- Amoxicillina: 1 g ogni 8–12 ore;
- Amoxicillina/acido clavulanico: 875/125 mg ogni 12 ore;
- Cefalexina: 500 mg ogni 8–12 ore;
- Azitromicina: 500 mg/die per 3 giorni;
- Eritromicina: 500 mg ogni 6–8 ore;
- Clindamicina: 300 mg ogni 8 ore.

Tutti validati e con buon profilo di sicurezza in gravidanza e allattamento.

Diarrea

- Diosmectite: 3 g 2–3 volte/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Probiotici: secondo formulazione; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento.

Stipsi

- Fibra formante massa: psyllium, carbossimetilcellulosa, metilcellulosa, polycarbofilo; non assorbiti, utilizzabili sia in gravidanza che in allattamento;
- Lattulosio: 15–30 ml/die, eventualmente frazionata; osmoticamente attivo, scarsamente assorbito, utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento [1,3].

Emorroidi

- Ossido di zinco e acido ialuronico topico: utilizzabili sia in gravidanza che in allattamento;
- Anestetici locali (lidocaina topica): uso limitato a brevi periodi, utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento.

Nausea e vomito

- Vitamina B6 (piridossina): 10–25 mg 2–3 volte/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;

- Metoclopramide: 10 mg fino a 3 volte/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Ondansetron: 4–8 mg ogni 8–12 ore, solo se refrattaria; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento.

Febbre e dolore

- Prima scelta: Paracetamolo 500–1.000 mg ogni 6–8 ore, max 3 g/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Seconda scelta (se necessario e sotto controllo medico): FANS non selettivi (ibuprofene), solo dopo il primo trimestre e per brevi periodi; evitare ultime settimane di gravidanza; utilizzabile in allattamento con precauzioni [1,2].

Reflusso gastro-esofageo

- Alginati: dopo i pasti principali e prima di coricarsi; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Antiacidi calcio/magnesio: al bisogno; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Famotidina: 20 mg 1–2 volte/die; utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento;
- Omeprazolo: 20 mg/die (fino a 40 mg); utilizzabile sia in gravidanza che in allattamento.

Evitare pantoprazolo ed esomeprazolo per dati insufficienti.

Diabete mellito

- Insulina: secondo schema diabetologico individuale;
- Metformina: secondo schema clinico; passaggio nel latte minimo, non clinicamente rilevante.

Patologie tiroidee

- Ipotiroidismo: Levotiroxina, dose adeguata ai valori di TSH, in gravidanza spesso +20–30%.
- Ipertiroidismo: Propiltiouracile (1° trimestre), Metimazolo (dal 2° trimestre); dose minima efficace.

Asma bronchiale

- Salbutamolo inalatorio: 100–200 mcg al bisogno;
- Corticosteroidi inalatori (budesonide, beclometasone): secondo schema clinico.

Candidosi vaginale

- Clotrimazolo vaginale: 1 applicazione/die per 3–7 giorni;
- Miconazolo topico/vaginale: secondo formulazione.

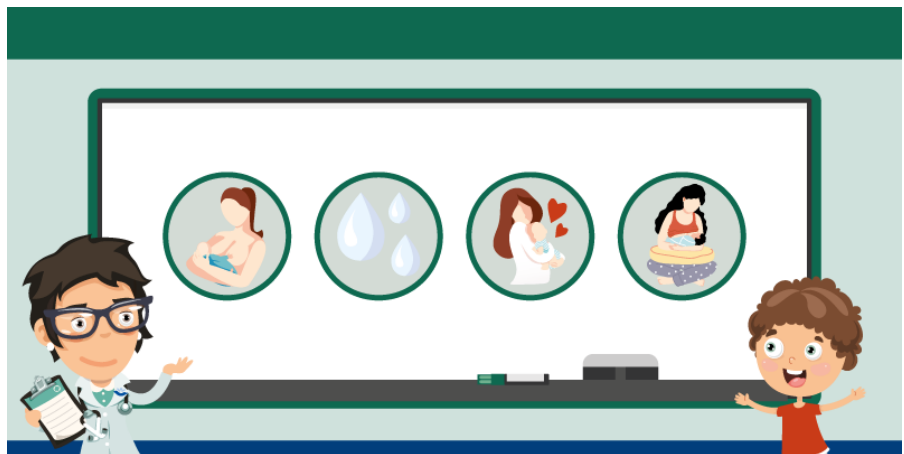
Infezioni delle vie urinarie non complicate

- Fosfomicina trometamolo: 3 g dose unica;
- Amoxicillina/acido clavulanico e Cefalosporine: secondo indicazione clinica;
- Nitrofurantoina: 100 mg 1–2 volte/die; evitare ultimo mese di gravidanza.

Ansia e depressione

- Sertralina: 25–50 mg/die;
- Escitalopram: 5–10 mg/die;
- Psicoeducazione, counselling e supporto psicologico sempre raccomandati.

La presente sezione propone un vademecum sintetico e basato su evidenze scientifiche, destinato al Medico di Assistenza Primaria per la gestione farmacologica sicura di pazienti in gravidanza e allattamento, al fine di supportare decisioni terapeutiche rapide e informate.



Vademecum rapido per M.A.P

Farmaci utilizzabili in gravidanza e allattamento





Patologia	Farmaco	Gravidanza	Allattamento	Posologia / Note
Dolore / Febbre	Paracetamolo	Utilizzabile	Utilizzabile	500–1000 mg ogni 6–8 h (max 3 g/die)
Stipsi	Lattulosio	Utilizzabile	Utilizzabile	10–20 ml 1–2 volte/die
Stipsi	Psyllium / Fibre di massa	Utilizzabili	Utilizzabili	Secondo scheda tecnica
Emorroidi	Ossido di zinco (topico)	Utilizzabile	Utilizzabile	Applicare 1–2 volte/die
Emorroidi	Acido ialuronico (topico)	Utilizzabile	Utilizzabile	Applicare 1–2 volte/die
Nausea / Vomito	Metoclopramide	Utilizzabile	Utilizzabile	10 mg fino a 3 volte/die
Reflusso / Pirosi	Alginati	Utilizzabili	Utilizzabili	Dopo i pasti
Reflusso / Pirosi	Antiacidi Ca/Mg	Utilizzabili	Utilizzabili	Al bisogno
Reflusso / Pirosi	Famotidina	Utilizzabile	Utilizzabile	20 mg 1–2 volte/die
Reflusso / Pirosi	Omeprazolo	Utilizzabile	Utilizzabile	20 mg/die (fino a 40 mg)
Infezioni batteriche	Amoxicillina	+	Utilizzabile	Secondo indicazione
Infezioni batteriche	Amoxicillina clavulanato		Utilizzabile	Secondo indicazione
Infezioni batteriche	Cefalosporine	Utilizzabili	Utilizzabili	Secondo indicazione
Infezioni batteriche	Fosfomicina	Utilizzabile	Utilizzabile	3 g dose unica
Ipertensione	Metildopa	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo schema clinico
Ipertensione	Labetalolo	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo schema clinico
Ipertensione	Nifedipina	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo schema clinico
Allergia	Loratadina	Utilizzabile	Utilizzabile	10 mg/die
Allergia	Cetirizina	Utilizzabile	Utilizzabile	10 mg/die
Diabete mellito	Insulina (tutti i tipi)	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo schema diabetologico

Diabete mellito	Metformina	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo schema clinico
Patologie tiroidee	Levo tiroxina (ipotiroidismo)	Utilizzabile	Utilizzabile	Dose adeguata TSH (+20–30% in gravidanza)
Patologie tiroidee	Propiltiouracile (PTU, ipertiroidismo)	(1° trim)	Utilizzabile	Dose minima efficace
Patologie tiroidee	Metimazolo (ipertiroidismo)	(2°–3° trim)	Utilizzabile	Dose minima efficace
Asma bronchiale	Salbutamolo inalatorio	Utilizzabile	Utilizzabile	100–200 mcg al bisogno
Asma bronchiale	Corticosteroidi inalatori	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo schema clinico
Candidosi vaginale	Clotrimazolo	Utilizzabile	Utilizzabile	1 applicazione/die per 3–7 giorni
Candidosi vaginale	Miconazolo topico/vaginale	Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo formulazione
Ansia	Sertralina	Utilizzabile	Utilizzabile	25–50 mg/die
Ansia	Escitalopram	Utilizzabile	Utilizzabile	5–10 mg/die
Depressione	Sertralina	Utilizzabile	Utilizzabile	25–50 mg/die
Depressione	Escitalopram	Utilizzabile	Utilizzabile	5–10 mg/die
Tromboprolissi	EBPM	*Utilizzabile	Utilizzabile	Secondo indicazioni; prescrizione specialistica in gravidanza

*Uso in gravidanza riservato a prescrizione specialistica secondo evidenze scientifiche (Legge 648/96), con monitoraggio clinico e tracciabilità.

Conclusioni

La gestione farmacologica in gravidanza e allattamento non deve essere guidata dalla rinuncia terapeutica, bensì da una scelta consapevole di farmaci con comprovata sicurezza. In considerazione delle limitazioni etiche che rendono rare le evidenze provenienti da studi clinici prospettici in queste popolazioni, le decisioni terapeutiche si fondano prevalentemente su dati osservazionali e sull'esperienza clinica consolidata.


In tale contesto, questa guida intende offrire al Medico di Assistenza Primaria uno strumento pratico, rapido e affidabile, concepito come vademecum di consultazione, per supportare una prescrizione appropriata e garantire, anche in gravidanza e allattamento, un'assistenza efficace per le patologie più comuni di questa fase peculiare della vita.

A epilogo concettuale e corollario riflessivo rimarchiamo come la scarsità di dati sperimentali non deve tradursi in inerzia terapeutica: la scelta informata dei farmaci rappresenta un equilibrio etico tra sicurezza materno-fetale e trattamento efficace, sottolineando l'importanza di una pratica clinica basata su evidenze scientifiche coordinate da esperienza consolidata.



Bibliografia

1. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Farmaci e gravidanza / Farmaci e allattamento. Roma: AIFA; 2026.
2. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation. 12th ed. Wolters Kluwer; 2022.
3. Schaefer C, Peters PW, Miller RK. Drugs During Pregnancy and Lactation: Treatment Options and Risk Assessment. 3rd ed. Academic Press; 2014.
4. Anderson PO, Sauberan JB. Drug therapy in lactation. *Pediatr Clin North Am*. 2016.
5. Sachs HC; Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: update on selected topics. *Pediatrics*. 2015.

- 
6. Cleary BJ, et al. Maternal drug use and fetal outcomes: pharmacologic considerations. Curr Opin Obstet Gynecol. 2020.
 7. Lutz C, et al. Safety of commonly used medications in pregnancy and lactation: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2023.
 8. Pinheiro P, et al. Pharmacological management of common disorders in pregnancy: guidance for general practitioners. BMC Pregnancy Childbirth. 2021.
 9. Koren G, et al. Guidelines for safe prescribing during pregnancy and lactation: a pharmacology perspective. Clin Pharmacol Ther. 2022.
 10. European Medicines Agency (EMA). Use of medicinal products in pregnancy and breastfeeding. EMA 2023.

Lucia Defonte
Gabriele Vincenzo Gaudioso
Giacoma Lanzillotta



NEWS

Appropriatezza Prescrittiva tra Approfondimenti e Aggiornamenti



IL RUOLO DEL MMG NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO DELLE VERTIGINI

Le vertigini rappresentano una delle sfide più frequenti nella pratica clinica del medico di Medicina Generale. Con un'incidenza stimata fino all'8% delle visite, esse non costituiscono un sintomo banale: richiedono competenze diagnostiche sofisticate, capacità decisionale e gestione clinica attenta. La difficoltà principale risiede nella necessità di distinguere rapidamente le forme benigne, spesso trattabili direttamente sul territorio, dalle condizioni potenzialmente gravi, in particolare quelle di origine centrale, che possono avere conseguenze significative per il paziente. A complicare ulteriormente il quadro vi è il frequente ricorso inappropriato alla diagnostica per immagini, con impatto economico rilevante e senza garantire sempre un reale vantaggio clinico.

Le più recenti linee guida internazionali, e in particolare quelle della **DEGAM**, sottolineano che la chiave per una gestione efficace delle vertigini risiede in un **approccio clinico strutturato**. Anamnesi dettagliata, analisi del decorso temporale dei sintomi, identificazione dei fattori scatenanti e un esame obiettivo mirato rappresentano strumenti fondamentali per ottimizzare la precisione diagnostica, ridurre esami inutili e migliorare la sicurezza del paziente. In questo contesto, il medico di Medicina Generale non è più un semplice filtro verso lo specialista, ma un clinico autonomo, capace di diagnosticare, trattare e seguire la maggior parte dei pazienti direttamente sul territorio.

Definizione e classificazione

La vertigine viene definita come una **sensazione illusoria di movimento rotatorio del corpo o dell'ambiente circostante**, frequentemente associata a nausea, instabilità posturale e nistagmo. Dal punto di vista eziopatogenetico, le vertigini si distinguono in due grandi categorie: periferiche e centrali.

Vertigini periferiche

Le vertigini periferiche derivano da alterazioni dell'apparato vestibolare periferico, comprendente l'orecchio interno e il nervo vestibolare. Si manifestano tipicamente con esordio acuto, intensità elevata e sintomi neurovegetativi associati, ma senza deficit neurologici focali. Tra le principali condizioni si annoverano:

- **Vertigine Parossistica Posizionale Benigna (VPPB):** dovuta alla dislocazione degli otoliti nei canali semicirculari posteriori. Gli episodi sono brevi, intensi e scatenati dai movimenti del capo, con udito conservato. Il trattamento con manovre liberatorie canalicolari consente un rapido controllo dei sintomi.
- **Neurite vestibolare:** conseguente a infiammazione acuta del nervo vestibolare, probabilmente virale, con vertigine intensa persistente per giorni, nausea e vomito, ma conservazione dell'udito. Il trattamento prevede gestione sintomatica a breve termine, talvolta corticosteroidi, seguita da riabilitazione vestibolare.
- **Labirintite:** coinvolge sia il sistema vestibolare sia quello cocleare, con vertigine continua, nausea, vomito, ipoacusia e acufeni. La componente uditiva consente di differenziare questa condizione dalla neurite vestibolare.
- **Malattia di Ménière:** patologia cronica caratterizzata da episodi ricorrenti di vertigine, ipoacusia fluttuante, acufeni e senso di orecchio pieno, correlata a idrope endolinfatica. La gestione è multidisciplinare, comprendente interventi dietetici, terapie farmacologiche specifiche e monitoraggio periodico.
- **Presbiavestibolopatia:** declino progressivo della funzione vestibolare legato all'invecchiamento, che si manifesta prevalentemente come instabilità posturale piuttosto che vertigine vera e propria, aumentando il rischio di cadute.

Vertigini centrali

Le vertigini centrali, sebbene meno frequenti, rappresentano un segnale di **gravità potenziale** e derivano da alterazioni del tronco encefalico o del cervelletto. Si presentano generalmente come vertigine persistente, meno influenzata dai movimenti, con nistagmo atipico e frequenti segni neurologici associati.

Le principali cause includono:

- **Ictus del circolo posteriore:** può presentarsi come vertigine isolata, spesso accompagnata da diplopia, disartria, atassia e grave instabilità. L'invio urgente in pronto soccorso è imprescindibile.
- **Emicrania vestibolare:** caratterizzata da episodi ricorrenti di vertigine, talvolta associati a cefalea, aura o fotofobia, con udito generalmente conservato.
- **Sclerosi multipla:** può provocare vertigini episodiche o persistenti, soprattutto in pazienti giovani, con segni neurologici variabili nel tempo.
- **Tumori dell'angolo ponto-cerebellare (es. neurinoma dell'acustico):** presentano esordio graduale, instabilità lieve, vertigine moderata, ipoacusia monolaterale progressiva e acufeni.

Alcuni quadri clinici vengono talvolta definiti vertigine, pur non comportando una vera sensazione rotatoria, come la **presincope** da ipotensione o aritmie, il **capogiro funzionale** associato a disturbi d'ansia o dell'umore e l'**instabilità posturale multifattoriale dell'anziano**, legata a deficit sensoriali o farmacologici.

Diagnosi: il ruolo centrale del medico

La diagnosi delle vertigini è **prevalentemente clinica**, e rappresenta una competenza distintiva del medico di Medicina Generale. Anamnesi ed esame obiettivo consentono di distinguere rapidamente le forme benigne da quelle a rischio, riducendo l'uso inappropriato di diagnostica strumentale e ottimizzando le risorse.

Le linee guida più recenti raccomandano un approccio strutturato basato su tre pilastri: **Timing**, **Trigger** e **Targeted Examination**. In altre parole, l'analisi del decorso temporale dei sintomi, l'identificazione dei fattori scatenanti e un esame mirato rappresentano la chiave per orientare la gestione clinica.

Anamnesi

L'anamnesi deve approfondire:

- **Andamento temporale:** episodi di pochi secondi suggeriscono VPPB; minuti-ore orientano verso malattia di Ménière o emicrania vestibolare; giorni di vertigine persistente possono indicare neurite vestibolare o origine centrale.
- **Fattori scatenanti:** i sintomi in relazione ai movimenti del capo indicano vertigine periferica, mentre la loro assenza suggerisce possibile origine centrale.
- **Sintomi associati:** ipoacusia e acufeni indicano patologia periferica; diplopia, disartria e atassia suggeriscono causa centrale; presincope o sincope richiedono valutazione cardiovascolare.

Esame obiettivo

L'esame clinico deve essere sistematico:

- **Valutazione generale:** parametri vitali, pressione ortostatica, osservazione della stazione eretta e della deambulazione. L'incapacità di mantenere la stazione eretta senza supporto rappresenta un segnale di allarme.
- **Esame neurologico di base:** motilità oculare, coordinazione, linguaggio, forza e sensibilità.
- **Valutazione del nistagmo:** il nistagmo periferico è unidirezionale, orizzontale o rotatorio, sopprimibile dalla fissazione visiva; quello centrale è verticale o multidirezionale, non sopprimibile, costante e variabile con la direzione dello sguardo.

Manovre cliniche

Test clinici semplici ma estremamente informativi rappresentano strumenti fondamentali nella valutazione delle vertigini in Medicina Generale. La **manovra di Dix-Hallpike** consente di diagnosticare la VPPB del canale posteriore, evocando vertigine e nistagmo caratteristico. Il **Head Impulse Test** permette di distinguere un'origine periferica da una centrale: un risultato alterato suggerisce disfunzione vestibolare periferica, mentre un test normale in presenza di vertigine acuta persistente orienta verso una possibile causa centrale. La valutazione della postura e della deambulazione, attraverso il **test di Romberg** e l'osservazione della marcia, offre ulteriori elementi diagnostici: nelle vertigini periferiche si osserva generalmente una deviazione lenta verso il lato malato, mentre nelle vertigini centrali l'instabilità è evidente già a occhi aperti, con oscillazioni marcate. Test complementari, come **Unterberger** e **Head Shaking**, possono fornire ulteriori informazioni sull'asimmetria vestibolare, rappresentando strumenti aggiuntivi che arricchiscono l'analisi clinica senza sostituire i test principali.

Imaging

La diagnostica per immagini non rappresenta il primo livello di indagine. È indicata solo in presenza di segnali di allarme, quali segni neurologici focali, quadro clinico atipico, sospetto di patologia centrale o evoluzione non coerente con vertigine periferica. In tutti gli altri casi, una valutazione clinica accurata rimane il percorso più efficace e sicuro.



Tabella 1. Caratteristiche cliniche delle principali vertigini

Caratteristica	VPPB	Neurite vestibolare	Labirintite	Malattia di Ménière	Vertigine centrale (ictus)
Sede del disturbo	Canali semicircolari	Nervo vestibolare	Labirinto vestibolare e cocleare	Orecchio interno (idrope endolinfatico)	Tronco encefalico / cervelletto
Esordio	Improvviso	Acuto	Acuto	Ricorrente	Improvviso
Durata degli episodi	Secondi (<1 min)	Giorni	Giorni	Minuti-ore	Persistente
Scatenata dai movimenti	Sì	No	No	No	No
Intensità della vertigine	Intensa ma breve	Intensa e continua	Intensa	Variabile	Moderata-severa
Nausea / vomito	Frequente	Molto frequente	Molto frequente	Frequente	Variabile
Compromissione uditiva	No	No	Sì	Sì (fluttuante)	±
Acufeni / senso di orecchio pieno	No	No	Sì	Sì	Rari
Segni neurologici	No	No	No	No	Sì
Nistagmo	Posizionale, evocabile	Orizzontale unidirezionale	Orizzontale	Variabile	Multidirezionale, non sopprimibile
Emergenza	No	No	No	No	Sì

Gestione terapeutica delle vertigini in Medicina Generale: un approccio basato sull'evidenza

Le vertigini rappresentano un sintomo frequente nella pratica clinica di Medicina Generale, con un impatto significativo sulla funzionalità quotidiana e sulla qualità della vita dei pazienti. La gestione efficace di questo disturbo richiede un equilibrio tra una valutazione clinica accurata, interventi non farmacologici mirati e un uso prudente della terapia farmacologica, sempre circoscritta alla fase acuta del sintomo.

Le linee guida più recenti, tra cui quelle della **DEGAM** e del progetto **GRACE-3**, enfatizzano come la diagnosi clinica e il trattamento eziologico costituiscano i cardini della gestione. La terapia farmacologica, al contrario, riveste un ruolo esclusivamente sintomatico, temporaneo e selettivo. Tale approccio non solo riduce i rischi di iatrogenesi, ma favorisce la compensazione vestibolare e ottimizza l'outcome funzionale, con particolare beneficio per i pazienti anziani, più vulnerabili agli effetti collaterali dei farmaci soppressivi del vestibolo.





La filosofia guida può essere sintetizzata come: **“meno farmaci, per meno tempo, nel paziente giusto”**, privilegiando sempre la corretta identificazione della causa e la promozione della compensazione vestibolare.

Principi generali della terapia farmacologica

La terapia farmacologica nelle vertigini deve essere breve, mirata e prudente. L'obiettivo principale è alleviare nausea, vomito e sintomi emotivi associati alla vertigine, senza interferire con i processi di compensazione centrale. Antistaminici H1, benzodiazepine e antiemetici devono essere utilizzati esclusivamente nella fase acuta e sospesi entro pochi giorni. L'uso prolungato, soprattutto negli anziani, può compromettere l'equilibrio, aumentare il rischio di cadute e ostacolare il recupero funzionale.

Gestione farmacologica per specifiche sindromi vertiginose

- **Vertigine Parossistica Posizionale Benigna (VPPB):** il trattamento di elezione sono le manovre canalicolari, come quelle di **Epley** o **Semont**. La terapia farmacologica non ha indicazione in questa condizione, e il suo impiego può ritardare il recupero funzionale.
- **Neurite vestibolare:** il trattamento iniziale può prevedere corticosteroidi (es. prednisone 25–50 mg/die per 4–5 giorni) per ridurre l'infiammazione del nervo vestibolare. Gli antiemetici possono essere utilizzati temporaneamente per controllare nausea e vomito. Fondamentale è la mobilizzazione precoce e l'integrazione con la **riabilitazione vestibolare**, che favorisce la compensazione centrale e riduce la durata dei sintomi.
- **Malattia di Ménière:** nella fase acuta delle crisi, può essere indicato l'uso di diuretici osmotici o corticosteroidi in caso di componente infiammatoria sospetta. Nella fase intercritica, la **betahistina** a dosaggi medi–alti (48–96 mg/die per periodi prolungati) riduce la frequenza e l'intensità degli episodi. Strategie dietetiche, come dieta iposodica e astensione da fumo e alcool, completano l'approccio. L'invio allo specialista ORL è raccomandato per follow-up e gestione a lungo termine.
- **Vertigini centrali:** la terapia farmacologica ha esclusivamente un ruolo di supporto sintomatico, per controllare nausea o ansia. Il trattamento principale è **etiologico e urgente**, e il rinvio immediato allo specialista non deve mai essere ritardato per “testare” farmaci.

Farmaci comunemente utilizzati: indicazioni e limiti

- **Antistaminici H1** (dimetindene, meclizina, difenidramina): efficaci per il controllo della nausea nelle crisi acute; durata raccomandata 48–72 ore. Limite principale: sedazione, particolarmente significativa negli anziani.

- **Benzodiazepine** (diazepam, lorazepam): seconda linea per vertigini acute non controllate, durata breve (1–3 giorni); da evitare in pazienti anziani e nelle vertigini croniche per rischio di cadute e interferenza con la compensazione vestibolare.
- **Corticosteroidi** (prednisone): utilizzati entro le prime 72 ore nella neurite vestibolare, con evidenza moderata a supporto del miglioramento funzionale.
- **Betahistina**: indicata nella malattia di Ménière, può essere impiegata a medio-lungo termine senza effetti sedativi.
- **Antiemetici** (metoclopramide, ondansetron): utili solo come supporto sintomatico; non modificano la vertigine di per sé.
- **Diuretici osmotici / acetazolamide**: indicati in casi selezionati di Ménière per ridurre l'idratazione endolinfatica; uso generalmente specialistico, con evidenze non univoche.

Quando evitare la terapia farmacologica

- **VPPB**: le manovre liberatorie rimangono la terapia di scelta.
- **Vertigini croniche**: farmaci soppressivi interferiscono con la compensazione centrale.
- **Pazienti anziani**: elevato rischio di sedazione, cadute e iatrogenesi.

Raccomandazioni operative per il medico di Medicina Generale

1. **Identificare la causa specifica**: ogni intervento terapeutico deve essere guidato dall'eziologia (periferica vs centrale).
2. **Limitare i farmaci alla fase acuta**: uso breve e mirato, evitando trattamenti cronici soppressivi.
3. **Integrare con riabilitazione vestibolare**: esercizi specifici e mobilizzazione precoce favoriscono la compensazione centrale e accelerano il recupero.
4. **Valutare l'invio specialistico**: immediato per vertigini centrali o crisi gravi; programmato per malattie croniche come Ménière.

Prudenza negli anziani: maggiore vulnerabilità alla sedazione, rischio di cadute e interferenze con la compensazione vestibolare.

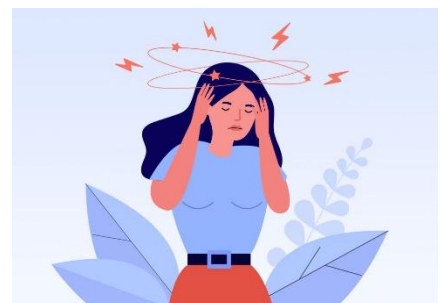


Tabella 2 – Farmaci indicati per sindrome vertiginosa

Scenario clinico	Farmaco	Durata	Note pratiche
Vertigine acuta severa	Antistaminici H1 ± antiemetici	48–72 h	Solo controllo sintomatico, rischio sedazione negli anziani
Neurite vestibolare (≤72 h)	Corticosteroidi	Breve ciclo (4–5 giorni)	Favorisce recupero vestibolare
Vertigine acuta non controllata	Benzodiazepine	1–3 giorni	Seconda linea, evitare anziani e cronici
Malattia di Ménière	Betaistina	Medio-lungo termine	Riduce frequenza e intensità delle crisi, integrazione con dieta e follow-up ORL
Vertigini centrali	Antiemetici	Brevissimo	Terapia di supporto, invio urgente
VPPB	Nessuno	–	Manovre canalicolari (Epley, Semont)
Vertigini croniche	Nessuno	–	Riabilitazione vestibolare

CONCLUSIONE

Le vertigini rappresentano una delle sfide più frequenti nella pratica del medico di Medicina Generale, richiedendo competenza clinica, capacità decisionale e un approccio strutturato alla diagnosi e alla gestione. Le linee guida DEGAM sottolineano il ruolo attivo e strategico del MMG: non più un semplice filtro verso lo specialista, ma un clinico in grado di diagnosticare, trattare e seguire direttamente sul territorio la maggior parte dei pazienti affetti da vertigini.

Il successo nella gestione di questi disturbi si basa su un esame clinico metodico, che integra anamnesi dettagliata, valutazione dei fattori scatenanti, esame neurologico accurato e osservazione del nistagmo. Tale approccio consente di identificare con precisione le vertigini periferiche, trattabili con manovre liberatorie, terapie sintomatiche di breve durata e programmi di riabilitazione vestibolare, e di riconoscere rapidamente le forme centrali, potenzialmente gravi, che richiedono un invio urgente.

In un'epoca sempre più dominata dalla tecnologia, le linee guida ribadiscono che l'osservazione clinica rimane insostituibile. Tornare al letto del paziente, osservare, ascoltare e ragionare non rappresenta un passo indietro, ma un ritorno all'essenza della professione medica.

Investire nella formazione del medico di Medicina Generale sulle manovre diagnostiche e terapeutiche specifiche migliora la qualità dell'assistenza, riduce l'uso inappropriato dei servizi di emergenza e garantisce che la maggior parte dei pazienti riceva risposte sicure direttamente nel territorio. In questo modo, si riafferma il valore e l'autonomia della Medicina Generale come disciplina ad alta complessità decisionale.

Riferimenti Bibliografici

1. Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh Y-H, et al. GRACE-3 Clinical Practice Guideline: Evaluation and Management of Acute Dizziness in Primary Care. Acad Emerg Med. 2023.
2. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. Dtsch Arztebl Int. 2023;120:145–157.
3. DEGAM. Dizziness in General Practice – S2k Guideline. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2024.
4. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo (update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;156:S1–S47.
5. Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, et al. Dizziness in primary care. Neurol Clin. 2021;39:87–104.
6. Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, et al. Practice parameter: Therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review). Neurology. 2008;70:2067–2074.
7. Li J, Li C, Zhou G. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular disorders: Evidence and protocols. J Neurol Phys Ther. 2022;46:123–134.
8. Strupp M, Kim JS, Murofushi T, et al. Vestibular neuritis: Diagnostic criteria and therapeutic strategies. J Neurol. 2020;267:1667–1679.
9. van Leeuwen RB, van Benthem PP. Treatment of Ménière's disease: Pharmacologic and non-pharmacologic approaches. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2019;27:369–377.
10. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus statement of the Bárány Society. J Vestib Res. 2017;27:191–208.
11. Teggi R, Casani AP, Calciati A, et al. Betahistine therapy in Ménière's disease: Clinical review and update. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017;37:329–335.
12. van Vugt VA, de Ru JA, van Benthem PP. Benzodiazepines and vestibular suppressants in acute vertigo: Recommendations for clinical practice. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015;272:3339–3345.
13. Tjmbb.org. Opzioni di trattamento per l'emicrania vestibolare. 2022. <https://tjmbb.org/it/opzioni-di-trattamento-per-emicrania-vestibolare>
14. Fisiocorsi.it. Riabilitazione vestibolare nella sindrome di Ménière: Evidenze scientifiche e protocolli più efficaci. 2023. <https://fisiocorsi.it/riabilitazione-vestibolare-nella-sindrome-di-meniere-evidenze-scientifiche-e-protocolli-piu-efficaci>
15. Link.springer.com. Interdisciplinary guidance paper for clinical practice on vertigo/dizziness – sintesi raccomandazioni terapeutiche. 2025. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00106-025-01599-z>

*Raffaele Sanseverino
Vito Torres*

SALUTE E GENERE

LE MST NEL SETTING DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

ABSTRACT

Background: Le malattie sessualmente trasmesse (MST) costituiscono un problema crescente a livello globale, con oltre un milione di nuovi casi curabili al giorno (OMS). In Italia si osserva un incremento delle infezioni batteriche, in particolare clamidia, gonorrea e sifilide. Il Medico di Assistenza Primaria (MAP) rappresenta un nodo strategico per la prevenzione, l'identificazione precoce e la gestione territoriale delle MST.

Aim: Definire il ruolo del MAP nel counseling delle MST, analizzando strategie di prevenzione, diagnosi precoce, gestione clinica e componenti comunicative rilevanti nella presa in carico del paziente.

Material and Methods: Revisione narrativa di linee guida internazionali (OMS, CDC, ECDC) e documenti di sorveglianza nazionali (ISS), integrata con evidenze provenienti da studi recenti su counseling e screening in contesti di assistenza primaria.

Conclusion: Il counseling delle MST in Medicina Generale costituisce un intervento ad elevato impatto clinico e di sanità pubblica. L'integrazione di competenze comunicative, preventive e gestionali consente al MAP di contribuire in modo sostanziale alla diagnosi precoce, alla riduzione della trasmissione e alla gestione appropriata delle MST nel setting territoriale.

Keywords: Counseling; MAP/Medico di Medicina Generale; Prevenzione primaria; Prevenzione secondaria; Prevenzione terziaria; Anamnesi sessuale; Educazione sanitaria; Comunicazione medico-paziente; Partner notification; Screening MST; Salute sessuale.

LE MST NEL SETTING DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

INTRODUZIONE

Le MST rappresentano un insieme eterogeneo di patologie infettive su base batterica, virale, fungina e protozoaria trasmesse prevalentemente attraverso i rapporti sessuali.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni giorno si verificano oltre un milione di nuovi casi di MST curabili nel mondo.

Le infezioni più comuni comprendono le forme batteriche da *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* e *Trichomonas vaginalis*, patogeni virali quali HIV, HPV, HSV e HBV, funghi come la *Candida*, protozoi come il *Trichomonas vaginalis* e infestazioni come la pediculosi del pube, le piattole o la scabbia.

In Italia, gonorrea, sifilide e pediculosi del pube rappresentano le uniche malattie sessualmente trasmissibili a notifica obbligatoria per la quale sono disponibili dati nazionali che hanno riportato un incremento delle infezioni nell'ultimo decennio. Per ovviare alla carenza di dati rispetto alle altre MST in Italia sono stati attivati due sistemi di sorveglianza coordinati dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità che, tramite centri altamente specializzati, segnala pazienti sintomatici, ne conferma la diagnosi tramite test di laboratorio e raccoglie informazioni sociali e demografiche.


Il MAP può giocare un ruolo fondamentale nell' intercettare precocemente comportamenti a rischio, sintomatologie iniziali o sfumate, nonché promuovere percorsi di prevenzione personalizzati; costituisce pertanto un punto di riferimento per la popolazione generale e può fare la differenza nell'arginare il problema di queste sempre crescenti infezioni.

IL RUOLO DEL MAP NEL COUNSELING DELLE MST

Prevenzione primaria

La prevenzione primaria rappresenta il primo e forse più importante livello di intervento nella gestione delle MST. Essa si concentra nell'intercettare i comportamenti sessuali a rischio e promuoverne la riduzione puntando su una corretta educazione sanitaria dei pazienti, soprattutto tra i più giovani.

All'interno della Medicina Generale, il MAP svolge infatti un ruolo determinante nel fornire informazioni comprensibili, accessibili a tutti, non giudicanti e basate sulle evidenze scientifiche. Fulcro e punto di partenza di un counseling strutturato sarà quello di spiegare al paziente l'importanza dell'uso corretto e costante del preservativo, chiarendo i suoi limiti e le situazioni in cui la protezione può risultare incompleta.



Sarà inoltre importante chiarire che alcuni metodi contraccettivi proteggono dal rischio di gravidanze indesiderate, ma non da quello di malattie sessualmente trasmissibili, è quindi fondamentale il suo utilizzo indipendentemente dall'uso di pillole estroprogestiniche o IUD.

Inoltre, il MAP ha la possibilità, nonché il dovere, di promuovere attivamente le vaccinazioni disponibili, in particolare quelle contro HPV e HBV, strumenti fondamentali per prevenire rispettivamente le lesioni oncogene correlate al papillomavirus e l'infezione da virus dell'epatite B. A sostenere il ruolo fondamentale della vaccinazione ci sono molti dati scientifici, tra cui quelli pubblicati sul Journal of National Cancer Institute di uno studio scozzese che riporta come nella popolazione di ragazze immunizzate a 12-13 anni con il vaccino bivalente contro i principali ceppi oncogeni dell'Hpv non si siano sviluppati casi di neoplasia invasiva della cervice. Al di là del dato simbolico degli "zero casi" in questa fascia di popolazione la ricerca ha comunque dimostrato l'estrema efficacia della vaccinazione nell'abbattere l'incidenza del carcinoma della cervice hpv correlato anche nella popolazione con setting socioeconomici bassi dove spesso l'accesso allo screening è limitato.

Un altro compito del MAP nel contesto della prevenzione primaria è l'educazione al riconoscimento precoce dei segni e sintomi di MST in modo che il paziente possa rivolgersi al proprio medico per eseguire test clinici-laboratoristici di conferma e iniziare precocemente una terapia adeguata. Questo è un elemento essenziale per ridurre ritardi diagnostici, possibili complicanze e soprattutto evitare l'ulteriore diffusione dell'infezione tra i partner e più in generale nella popolazione.

Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria ha come obiettivo programmi di screening mirati attraverso i quali è possibile l'identificazione precoce delle infezioni, spesso asintomatiche.

Il MAP, in quanto professionista che intrattiene con il paziente un rapporto continuativo e fiduciario più stretto, ha il compito fondamentale di selezionare i pazienti candidabili allo screening, basandosi sui fattori di rischio individuali e sulle linee guida nazionali e internazionali.

Secondo le raccomandazioni attuali sarebbe buona norma proporre il test per l'HIV almeno una volta nella vita a tutti gli adulti, e con cadenza annuale — o più frequente — nei soggetti a elevato rischio.

Per clamidia e gonorrea è consigliabile uno screening annuale nelle donne sessualmente attive under 25 anni e, indipendentemente dall'età, negli adulti con comportamenti sessuali a rischio. Esso comprende un test semplice e indolore che tramite un campione di urine o tampone da sedi specifiche (vaginale, cervicale, uretrale, anale, faringea), usando tecniche molecolari (NAT) ad alta sensibilità, identifica queste comuni infezioni.



Lo screening per la sifilide è invece raccomandato soprattutto nei MSM, nelle persone con partner multipli o dopo un rapporto non protetto con persona che potrebbe essere affetta da sifilide. Tale test consiste in un semplice prelievo ematico sul quale, tramite esami come il VDRL, IL RPR, TPHA e l'EIA, si ricercano anticorpi prodotti dal batterio *Treponema pallidum*.

Vi sono invece per la ricerca del HPV validi programmi nazionali, ormai consolidati e diffusi tra le donne, mediante Pap test o HPV test, in base all'età e ai protocolli regionali.

Il MAP può prescrivere direttamente gli esami o orientare il paziente verso i servizi territoriali dedicati, assicurando la sua assistenza professionale nella comunicazione dei risultati, nella loro interpretazione e successiva gestione.

Prevenzione terziaria

La prevenzione terziaria riguarda la gestione clinica delle MST diagnosticate, con l'obiettivo di evitare complicanze, favorire la guarigione e limitare la trasmissione ad altri individui.

Un punto cruciale è l'adozione di un trattamento adeguato secondo le più recenti linee guida internazionali, adattato al quadro clinico e alle caratteristiche del paziente; esso comprenderà non solo il trattamento farmacologico (es. antibiotici per clamidia o sifilide), ma anche terapie specifiche (es. laser per condilomi) e gestione delle coinfezioni (come per es nel caso dell'HIV).

Il counseling continua a rivestire un ruolo essenziale anche in questa fase: il MAP deve spiegare al paziente quali comportamenti adottare fino alla completa risoluzione dell'infezione, sottolineando l'importanza dell'astensione dai rapporti sessuali o dell'utilizzo rigoroso del preservativo, seppur gravato da una non totale sicurezza rispetto a una possibile infezione.


La gestione della notifica al /ai partner è un ulteriore elemento essenziale: il MAP può supportare il paziente nel comunicare nel modo più appropriato e corretto ai partner la necessità di effettuare screening o trattamenti.

Per ultimo, ma non meno importante, è fondamentale la programmazione di un follow-up che consenta di verificare l'efficacia del trattamento, monitorare eventuali reinfezioni e rafforzare interventi di educazione sanitaria per ridurre il rischio di nuove infezioni.

Componenti del counseling sulle MST

Anamnesi sessuale

L'anamnesi sessuale è uno dei momenti più delicati ma anche importanti nel percorso di counseling per le malattie sessualmente trasmesse, perché da essa dipende spesso la corretta valutazione del rischio e l'individuazione di soggetti su cui concentrare l'attività di screening e counseling.



Per questo motivo, è fondamentale che venga raccolta in un ambiente tranquillo, con la giusta privacy e creando un clima di fiducia, dove il paziente si senta ascoltato senza timore di essere giudicato o etichettato.

Il medico deve adottare un approccio empatico, aperto e rispettoso, utilizzando un linguaggio semplice e neutrale, evitando termini che possano creare imbarazzo o stigma. È importante anche spiegare al paziente perché vengono poste certe domande, in modo che comprenda che lo scopo delle stesse, volte ad arrivare a una corretta e precoce diagnosi e non a giudicarlo.

Componenti chiave dell'anamnesi sessuale comprende il modello delle "5P" che si concentra su alcune aree chiave:

- Partners: si indaga il numero di partner dell'ultimo anno e degli ultimi due mesi, il sesso dei partner e lo stato di salute di questi (se noto)
- Pratiche sessuali (Practices): vanno indagati i tipi di rapporti per determinare le aree corporee a rischio di infezione (genitali, anali, faringei), e i sintomi specifici come la presenza di secrezioni o prurito.
- Prevenzione/Protezione (Protection from IST): sarà importante fare domande rispetto all'uso del preservativo e il suo corretto utilizzo.
- Precedenti (past history of IST): valutare la presenza di diagnosi pregresse, i trattamenti adottati e sugli esiti ottenuti
- Procreazione/Gravidanza (Pregnancy intention): per le pazienti in età fertile è importante sapere se c'è desiderio di gravidanza per gestire al meglio il trattamento e prevenire la trasmissione verticale.

Tutte queste informazioni non solo aiutano a capire il rischio di infezioni, ma spesso permettono già di decidere se è necessario fare uno screening o approfondire con esami specifici.

In definitiva, un'anamnesi sessuale condotta con attenzione, empatia e rispetto può fare la differenza, aprendo la strada a un percorso di prevenzione e cura più efficace e personalizzato.

Valutazione del rischio

Un ruolo molto importante nella gestione delle MST è svolto dalla stratificazione del rischio dei pazienti che consente di definire un piano personalizzato di prevenzione. I criteri principali per la stratificazione del rischio includono:

- età
- partner sessuali multipli;
- tipo di rapporto;
- MSM;
- storia pregressa di MST;
- utilizzo incostante di protezioni;
- altre abitudini a rischio, come per es. la tossicodipendenza;
- contesto socioeconomico o culturale sfavorevole.



Educazione sanitaria

L'educazione sanitaria rappresenta uno dei punti fondamentali nel counseling delle malattie sessualmente trasmesse. Il Medico di Assistenza Primaria ha il compito di fornire al paziente informazioni chiare, comprensibili e aggiornate, in modo da favorire scelte consapevoli e responsabili riguardo alla propria salute sessuale.

È importante illustrare con chiarezza la trasmissione delle MST, sottolineando la possibilità di infezione anche durante la fase asintomatica, smontando l'idea che l'assenza di sintomi equivalga a sicurezza e promuovendo comportamenti precauzionali costanti anche in caso di apparente benessere del partner. Il medico deve quindi spiegare l'efficacia del preservativo, sottolineando che un uso corretto e continuativo rappresenta il mezzo più efficace per ridurre il rischio di molte infezioni sessualmente trasmesse.

Inoltre, il MAP deve informare sulle misure preventive specifiche, come le vaccinazioni contro HPV e HBV, e la profilassi pre- e post-esposizione all'HIV nei casi indicati, che sono strumenti efficaci per contenere la diffusione di queste infezioni. Allo stesso tempo è fondamentale la promozione di test (inclusi quello per l'HIV e altre IST) soprattutto in caso di rapporti a rischio.


Il medico deve anche informare il paziente rispetto conseguenze cliniche alle quali si può andare incontro in assenza di un trattamento tempestivo, quali malattia infiammatoria pelvica, infertilità, sepsi, complicanze neurologiche e, nel caso di alcune infezioni virali come l'HPV o HBV, potenziali forme tumorali.

Infine, fondamentale è la formazione rispetto all'astensione dai rapporti sessuali durante il trattamento, per evitare la trasmissione e facilitare una guarigione completa. In sintesi, un'educazione sanitaria ben condotta permette al paziente di comprendere appieno l'importanza della prevenzione e della terapia, contribuendo così a migliorare gli esiti clinici e a ridurre la diffusione delle MST nella comunità.

Comunicazione dei risultati e gestione psicologica

Comunicare l'esito di un test per malattie sessualmente trasmesse può rappresentare un momento particolarmente delicato per il paziente, poiché spesso è accompagnato da ansia, paura o senso di vergogna.

Il Medico di Medicina Generale, in quanto figura di riferimento e supporto, ha un ruolo cruciale nel gestire queste implicazioni psicologiche con sensibilità e professionalità. Cardini del colloquio saranno protocolli di riservatezza e supporto, come previsto dalle linee guida nazionali e regionali.



È di fondamentale importanza che la comunicazione dei risultati avvenga in modo diretto, chiaro e rapido, evitando ritardi che potrebbero favorire l'instaurarsi di complicazioni cliniche ma anche banalmente alimentare l'ansia del soggetto.

È chiaramente fondamentale evitare mezzi inappropriati come mail non protette, messaggi o telefonicamente se non si è assolutamente certi dell'identità del paziente e della sicurezza della conversazione.

E' auspicabile che il medico deve scelga un momento e un ambiente adatti, dove il paziente si senta a proprio agio e possa esprimere liberamente le proprie emozioni.

Durante il colloquio, è importante saper riconoscere le reazioni emotive che possono emergere, come lo shock, la tristezza, la rabbia o il senso di isolamento e saperle affrontare nel modo più adatto. Il medico deve mostrare empatia, un ascolto attivo e propositivo e deve offrire un supporto rassicurante, basato su dati concreti e aggiornati, per aiutare il paziente a contestualizzare la diagnosi e comprendere che molte MST sono curabili o gestibili con trattamenti efficaci.

Il paziente deve poi essere informato rispetto a quali terapie intraprendere e per quanto tempo, le misure di profilassi per evitare la trasmissione ad altri, l'importanza del follow-up e della notifica ai partner.

Questa chiarezza aiuta a promuovere un atteggiamento attivo e collaborativo nella gestione della propria salute e ad aumentare la compliance. Inoltre, qualora si rendesse necessario, il medico dovrebbe informare il paziente sulla possibilità di un supporto psicologico, offrendo eventualmente indicazioni su servizi dedicati qualora l'impatto emotivo sia stato particolarmente rilevante.

In sintesi, una comunicazione efficace e un adeguato supporto psicologico sono elementi imprescindibili per affrontare al meglio le conseguenze di una diagnosi di MST, migliorando l'aderenza alle cure, il benessere psicologico del paziente e contribuendo a contenere la diffusione delle infezioni nella comunità.

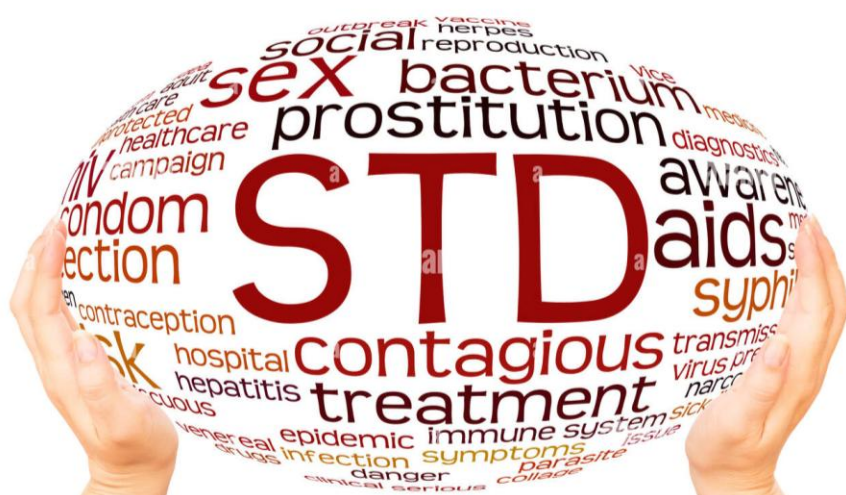
Conclusioni

L'assistenza clinica e il counseling da parte del Medico di Medicina Generale rappresentano un'arma fondamentale nella lotta alle MST. Il MAP, grazie alla propria posizione privilegiata nella rete assistenziale, può contribuire in modo significativo alla prevenzione delle infezioni, al contenimento della loro diffusione e alla promozione della salute sessuale.

L'integrazione di competenze comunicative, cliniche e organizzative è essenziale per garantire un counseling efficace, personalizzato e basato sulle più recenti evidenze scientifiche.

--

- Dí Monte Miríam Ausília
Rosa Laterza



INNOVAZIONE

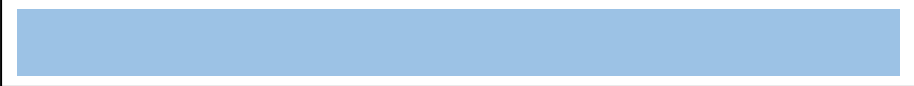
LE DONAZIONI: SANGUE CORDONALE



Sangue cordonale, le donazioni crescono ma sono ancora in pochi a scegliere questo percorso. La cultura della donazione riguarda diverse forme di dono come sangue, organi, tessuti, cellule, latte materno. Non tutti sanno che si può donare anche il sangue cordonale. Le cellule staminali del cordone ombelicale sono abbastanza simili a quelle del midollo ma hanno un grado di staminalità maggiore, ovvero possono dare origine a svariati tipi cellulari, e una capacità di replicarsi superiore. Non solo, presentano anche un minor rischio di rigetto», spiega Paolo Rebutta, primario del Centro di Medicina Trasfusionale del Policlinico e direttore della Milano Cord Blood Bank. Allo stato attuale le principali patologie che vengono curate con successo sono le leucemie, i linfomi, le talassemie, le immunodeficienze e alcuni difetti metabolici. Il prelievo è assolutamente privo di rischi per la donna e il bambino. La procedura è semplice e avviene subito dopo la nascita del bambino.

Ecco i passaggi principali:

La futura mamma, durante la gravidanza o al momento del ricovero, firma un modulo che autorizza la raccolta del sangue cordonale. Dopo il parto e il taglio del cordone, il personale sanitario preleva il sangue rimasto nel cordone e nella placenta. La procedura dura pochi minuti. L'unità viene inviata alla banca pubblica più vicina, dove vengono effettuati test di qualità e sicurezza. Dal prelievo si ottiene una quantità di circa un decimo di litro. Una volta raccolto, il campione viene inviato presso la banca per essere valutato e le unità idonee vengono conservate a -196°C in azoto liquido, e inserite nella rete internazionale dei trapianti. Secondo le attuali normative vigenti nel nostro paese, una mamma che partorisce, e decide di effettuare il prelievo delle cellule staminali del cordone, ha due possibilità di scelta: la prima è quella di una donazione alla collettività presso una struttura pubblica; la seconda in una raccolta e conservazione (quest'ultima deve avvenire all'estero) pagamento delle cellule staminali da utilizzare per proprio conto. Le banche pubbliche sono degli enti che mettono a disposizione della collettività tutti i campioni ricevuti. Il sangue prelevato in sala parto raggiunge la banca e diventa immediatamente disponibile a tutti. Il principale fattore che condiziona la raccolta è che non tutti i prelievi contengono un numero sufficiente di cellule. Questa è la ragione della differenza tra prelievi effettuati e numero di campioni conservati.



Le banche pubbliche dunque raccolgono il sangue, lo analizzano, mettono in rete i dati in un database mondiale per identificare i donatori compatibili e, in ultima istanza, forniscono il materiale da trapiantare (trapianto allogenico).

Più donazioni ci sono e più alta è la probabilità di trovare un donatore compatibile. Discorso completamente differente è quello delle biobanche di conservazione private. In questi istituti è possibile conservare a pagamento (a partire dai 2 mila euro) il sangue del cordone ombelicale nell'ipotesi che in futuro possano essere messi a punto dei protocolli per curarsi con le proprie cellule staminali (trapianto autologo). Conservare il sangue placentare significa comunque dare una chance in più al proprio figlio, oltre che compiere un atto di fiducia nella scienza. C'è poi però l'aspetto non da trascurare di solidarietà: donare il sangue del cordone ombelicale del proprio bambino è una scelta che offre a tante persone malate una speranza in più di guarire. Diverso è il discorso per i casi di neonati o loro familiari colpiti da malattie curabili con le cellule staminali, oppure delle famiglie con un rischio ereditario, come quelle colpite da forme gravi di talassemia. Per loro l'ordinanza ministeriale prevede la conservazione del cordone ombelicale a scopo dedicato e senza alcun costo. La donazione è volontaria, gratuita e anonima ed è regolata da una normativa rigorosa.

In Italia la donazione è disciplinata dalla Legge 219/2005, che regola il sistema trasfusionale nazionale, dal Decreto Ministeriale 18 novembre 2009, che stabilisce requisiti di qualità e sicurezza per raccolta, lavorazione, conservazione e distribuzione delle cellule staminali e da accordi Stato-Regioni, che definiscono l'organizzazione delle Banche pubbliche del sangue cordonale.

La normativa consente:

- 1) la raccolta di SCO donato per fini solidaristici;
- 2) la raccolta di SCO dedicato al neonato con patologia in atto al momento della nascita o evidenziata in epoca prenatale, o per uso dedicato a consanguineo con patologia in atto al momento della raccolta o pregressa, che risulti curabile con il trapianto di CSE;
- 3) la raccolta di SCO dedicato a famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali sussistano comprovate evidenze scientifiche di impiego di cellule staminali del SCO;
- 4) la raccolta di SCO ad uso autologo-dedicato nell'ambito di sperimentazioni cliniche, approvate secondo la normativa vigente, finalizzate a raccogliere le evidenze scientifiche di un possibile impiego del sangue cordonale nel caso di particolari patologie.



La normativa vieta:

- 1) la conservazione ad esclusivo uso autologo in assenza delle condizioni sopraindicate;
- 2) l'istituzione di banche private sul territorio nazionale;
- 3) ogni forma di pubblicità connessa alle banche private.

È tuttavia consentita la raccolta del SCO a scopo personale e la sua esportazione in strutture private al di fuori del territorio italiano secondo le regole definite da uno specifico Normativa sulla donazione del cordone ombelicale.

Inoltre la donazione del sangue del cordone ombelicale è regolata da normative nazionali e internazionali che garantiscono sicurezza, qualità e tracciabilità dei campioni.

Secondo il Report 2022 del Centro Nazionale Sangue, le donazioni di sangue cordonale in Italia sono state poco meno di 7.000, con un aumento del 6,3% rispetto all'anno precedente. Nonostante il trend positivo, solo il 2,8% dei parti negli ospedali abilitati alla raccolta ha portato a una donazione, una percentuale ancora molto bassa. A incidere negativamente è anche il calo delle nascite, che per il secondo anno consecutivo sono scese sotto le 400.000 unità annue.

Esistono diversi Tipi di banche del cordone:

1. pubbliche (le cellule vengono messe a disposizione di chiunque ne abbia bisogno),
2. private (conservazione "ad uso autologo" per il bambino o la famiglia) il cui servizio è a pagamento (in genere 1.500–3.000 € iniziali + canone annuale),
3. miste (private + donazione), alcuni paesi prevedono le modalità ibride.

La rete ITCBN (Italian Cord Blood Network) consiste in 18 Banche del Sangue ubicate presso ospedali pubblici o privati convenzionati con il sistema sanitario nazionale, e Banche del Sangue ,sono distribuite in 13 regioni italiane e ad esse fanno riferimento 270 punti nascita attrezzati per la raccolta solidaristica del cordone ombelicale, 40 dei quali operano nelle regioni in cui non è presente una banca cordonale. Attualmente, le unità di sangue cordonale conservate nelle banche italiane sono circa 47.000; il 90% di queste è destinato all'uso allogenico non familiare, cioè messo a disposizione di chiunque ne abbia bisogno. In Italia operano 18 banche pubbliche di sangue cordonale, coordinate dalla rete ITCBN (Italian Cord Blood Network) e inserite nel Servizio Sanitario Nazionale. A queste fanno riferimento circa 270 punti nascita attrezzati per la raccolta. Nonostante l'elevato valore clinico e sociale, la donazione del cordone ombelicale è ancora poco conosciuta.

Per questo l'educazione e l'informazione rivestono un ruolo fondamentale. Sensibilizzare le famiglie già durante la gravidanza, formare adeguatamente il personale sanitario e promuovere campagne informative può contribuire ad aumentare le donazioni e rafforzare una cultura della solidarietà. Donare il sangue cordonale significa trasformare un gesto semplice in una concreta possibilità di cura e di vita per molte persone.

Riferimenti Bibliografici

Ministero della Salute – Donazione del sangue cordonale.

Centro Nazionale Sangue (CNS) – Report annuale delle Banche di Sangue Cordonale (varie edizioni).

Centro Nazionale Trapianti (CNT) – Linee guida e normative su cellule e tessuti.

Legge 21 ottobre 2005, n. 219 – Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati.

Decreto Ministeriale 18 novembre 2009 – Requisiti di qualità e sicurezza per sangue e cellule staminali da cordone.

Accordi Stato-Regioni su donazione e rete di banche del sangue cordonale.

WMDA – World Marrow Donor Association – Standard internazionali per donatori e banche di sangue cordonale.

NetCord–FACT Standards – Linee guida per banche di sangue del cordone ombelicale.

European Union Directives su tessuti e cellule umani.

Rebulla, P. – Pubblicazioni e relazioni scientifiche sul trapianto da sangue cordonale e banche di crioconservazione.

Gluckman, E. – Cord Blood Transplantation: past, present and future (varie pubblicazioni).

Ballen, K. – Ricerche sull'utilizzo clinico delle cellule staminali cordonali.

ADOCES – Associazione donatori sangue cordonale (materiali informativi).

AIBMDR – Registro italiano donatori di midollo osseo (approfondimenti sui trapianti).

Giuseppina Anna Passarella



AMBIENTE E SALUTE

L'EQUILIBRIO INVISIBILE: L'IMPATTO DEGLI STRESSOGENI AMBIENTALI SULLE PATOLOGIE TIROIDEE NON NEOPLASTICHE

Abstract

Il Razionale Scientifico di questo articolo è basato su sull'evidenza che la tiroide agisce come una vera e propria "sentinella metabolica", estremamente sensibile alle variazioni del micro e macro-ambiente. Mentre l'attenzione clinica è spesso rivolta alla oncogenesi, esiste un legame profondo e complesso tra l'esposizione ambientale e l'insorgenza di disfunzioni funzionali e autoimmuni.

Il collegamento si articola su tre pilastri principali:

- Interferenti Endocrini (EDCs): Sostanze chimiche come PFAS, bisfenolo A (BPA) e ftalati, onnipresenti in plastiche e tessuti, mimano o bloccano l'azione degli ormoni tiroidei. Questi composti possono alterare il feedback ipotalamo-ipofisi-tiroide, portando a stati di ipotiroidismo subclinico o alterazioni della sintesi ormonale.
- Trigger dell'Autoimmunità: Fattori ambientali quali l'eccesso o la carenza di iodio, il fumo di sigaretta e l'esposizione a metalli pesanti possono scatenare risposte immunitarie anomale in soggetti geneticamente predisposti, accelerando l'esordio di patologie come la Tiroidite di Hashimoto o il Morbo di Graves.
- Adattamento Epigenetico: L'inquinamento atmosferico (particolato fine) non danneggia solo i polmoni, ma induce stress ossidativo sistemico che può modificare l'espressione genica tiroidea senza mutare il DNA, influenzando la morfologia ghiandolare e favorendo la formazione di gozzo multinodulare non tossico.

In sintesi, l'articolo mira a dimostrare che la salute della tiroide non dipende solo dalla genetica, ma è il risultato di un'interazione dinamica con l'ecosistema in cui viviamo. Comprendere questi legami è fondamentale per la medicina preventiva e per nuove strategie terapeutiche mirate.

Maria Zamparella



Introduzione

La tiroide è una ghiandola endocrina impari e mediana, situata nella regione anteriore del collo, che svolge un ruolo essenziale nel controllo di numerose funzioni fisiologiche fondamentali per l'omeostasi dell'organismoⁱ. Attraverso la sintesi e la secrezione degli ormoni tiroidei, principalmente tiroxina (T4) e triiodotironina (T3), la tiroide influenza il metabolismo basale, la crescita e lo sviluppo somatico, la funzione cardiovascolare, il sistema nervoso centrale, l'apparato muscolo-scheletrico e il metabolismo lipidico e glucidicoⁱⁱ (Fig. 1)

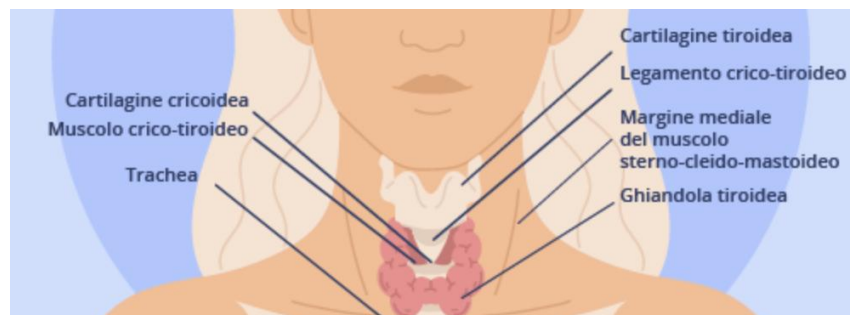


Fig. 1 La ghiandola tiroidea

La regolazione dell'attività tiroidea avviene mediante un complesso sistema di feedback che coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide, con un ruolo centrale dell'ormone tireostimolante (TSH), prodotto dall'ipofisi anteriore.

Le patologie tiroidee rappresentano un gruppo eterogeneo e complesso di condizioni cliniche ad elevata prevalenza nella popolazione generale e pertanto estremamente comuni nell'ambito degli ambulatori di medicina generale. Esse comprendono disfunzioni funzionali, come ipotiroidismo e ipertiroidismo, alterazioni strutturali, quali gozzo e noduli tiroidei, e malattie autoimmuni, tra cui la tiroidite di Hashimoto e il morbo di Basedow-Graves. In questo contesto, non verranno valutate le patologie neoplastiche della tiroide, la cui gestione non può essere affidata all'ambito delle cure primarie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che fino a sei milioni di persone in Italia, soffrano di patologie tiroidee, essendo le donne 5-10 volte più colpite degli uomini.

Le patologie tiroidee possono presentarsi con un quadro clinico variabile, che spazia da forme paucisintomatiche o subcliniche, a manifestazioni conclamate con rilevante impatto sulla qualità di vita del paziente. Molto spesso, soprattutto nelle fasi iniziali, i sintomi sono appena accennati e facilmente confondibili, questo rende la diagnosi particolarmente complessa e sottolinea l'importanza di un attento inquadramento clinico e laboratoristico. In questo contesto, la medicina generale riveste un ruolo di prim'ordine.

Attraverso l'anamnesi accurata, l'esame obiettivo e la valutazione del contesto clinico complessivo, il MMG è in grado di formulare un sospetto diagnostico e di avviare un appropriato iter di approfondimento mediante la prescrizione mirata degli esami clinici.

La gestione degli esami clinici tiroidei costituisce uno degli aspetti centrali dell'attività del medico di medicina generale. Il dosaggio del TSH rappresenta il test di primo livello più sensibile per la valutazione della funzione tiroidea e viene comunemente utilizzato come esame di screening. In presenza di valori alterati di TSH, il dosaggio degli ormoni tiroidei liberi (FT4 e FT3) consente di definire il quadro funzionale e distinguere tra forme di ipotiroidismo o ipertiroidismo manifesto e subclinico. L'integrazione con la ricerca degli autoanticorpi tiroidei, quali anti-TPO (anticorpi anti-tireoperossidasi) e anti-TG (anticorpi anti-tireoglobulina), risulta fondamentale per l'identificazione delle patologie autoimmuni e per una corretta stratificazione del rischio evolutivo. Inoltre, successivamente alla diagnosi, il medico di medicina generale svolge un ruolo cruciale nel follow-up dei pazienti affetti da patologie tiroidee. Il monitoraggio laboratoristico programmato, permette inoltre, di valutare l'andamento della malattia, l'aderenza e la risposta alla terapia farmacologica, nonché di individuare tempestivamente eventuali effetti collaterali o necessità di aggiustamento posologico.

Particolare attenzione deve essere riservata a specifiche categorie di pazienti, quali donne in gravidanza, anziani e soggetti con comorbidità cardiovascolari, nei quali anche lievi alterazioni della funzione tiroidea possono avere rilevanti conseguenze cliniche. L'uso razionale e appropriato delle indagini di laboratorio consente di evitare prescrizioni inutili, ridurre il rischio di sovradiagnosi e favorire un percorso diagnostico-terapeutico efficace ed efficiente. In tale prospettiva, la collaborazione tra medico di medicina generale ed endocrinologo risulta fondamentale, soprattutto nei casi complessi o in presenza di patologie tiroidee di difficile inquadramento. In conclusione, la tiroide rappresenta un ambito di grande rilevanza clinica per la medicina generale, sia per l'elevata prevalenza delle sue patologie, sia per l'impatto sistemico che le alterazioni della funzione tiroidea possono determinare. La corretta gestione degli esami clinici, integrata con la valutazione clinica del paziente, costituisce uno strumento indispensabile per garantire una diagnosi precoce, un adeguato follow-up e una presa in carico globale e personalizzata, contribuendo in modo significativo al miglioramento degli esiti di salute e della qualità di vita dei pazienti.

Ipotiroidismo

La prevalenza varia dallo 0,3% al 12% in tutto il mondo, a seconda dell'assunzione di iodio, ed è più comune nelle donne e negli anziani. L'ipotiroidismo non trattato può causare gravi complicazioni per la salute, come insufficienza cardiaca e coma mixedematoso. L'ipotiroidismo si divide in primario, secondario, terziario e periferico. L'ipotiroidismo primario è causato da una carenza di ormone T4, l'ipotiroidismo secondario è causato da una carenza dell'ormone TSH e l'ipotiroidismo periferico è causato da una carenza dell'ormone di rilascio della tireotropina. L'ipotiroidismo secondario e quello terziario insieme costituiscono l'ipotiroidismo centrale. L'ipotiroidismo centrale e periferico (extratiroideo) sono, però, molto rari (<1%).

Forme principali

Le principali forme che verranno di seguito trattate, sono quelle di più comune riscontro in un ambulatorio di medicina generale e sono rappresentate da:

- **Ipotiroidismo primario** (più comune, spesso autoimmune – tiroidite di Hashimoto)
- **Ipotiroidismo subclinico** (TSH ↑, FT4 normale, asintomatico)

Segni/Sintomi

Letargia, sensibilità al freddo, aumento di peso, xeroderma e distorsione della voce sono alcuni dei sintomi comuni dell'ipotiroidismo, ma i pazienti possono anche presentare una varietà di sintomi che differiscono a seconda del sesso e dell'età del paziente e del tempo trascorso tra l'esordio e la diagnosi della malattia. I sintomi di presentazione dell'ipotiroidismo non sono specifici e sono più comunemente osservati nei pazienti anziani. Quasi tutti gli organi principali sono interessati dall'ipotiroidismo, ma il sistema cardiovascolare è stato quello maggiormente studiato. I pazienti presentano ad esempio un aumento della resistenza vascolare, una diminuzione della funzione ventricolare sinistra e una riduzione della gittata cardiaca. Inoltre, i pazienti con ipotiroidismo presentano frequentemente sintomi di sindrome metabolica, come aumento della pressione sanguigna (ipertensione), aumento della circonferenza vita e livelli elevati di colesterolo (dislipidemia), nonché una maggiore incidenza di fattori di rischio cardiovascolare. Inoltre, i livelli di omocisteina, lipoproteine a bassa densità e colesterolo totale aumentano con l'ipotiroidismo. Segni e sintomi neurosensoriali, gastrointestinali e muscoloscheletrici sono ulteriori manifestazioni cliniche. L'ipotiroidismo può influenzare il decorso di altre patologie a causa degli effetti pleiotropici della tiroxina.



Ad esempio, i soggetti con ipotiroidismo hanno maggiori probabilità di sviluppare intolleranza alle statine rispetto ai controlli sani. I segni e la presentazione clinica dell'ipotiroidismo sono illustrati nella Tabella 1.

Tabella 1. Presentazione clinica e implicazioni dell'ipotiroidismo.

	Presentazione	Segnali e implicazioni
Metabolismo generale	Il paziente presenta un aumento di peso, non riesce a sopportare il freddo (intolleranza al freddo) e si sente esausto per la maggior parte del tempo (affaticamento).	Aumento dell'indice di massa corporea (BMI), diminuzione del metabolismo basale (BMR) mixedema e diminuzione della temperatura corporea (ipotermia)
Neurosensoriale	Il paziente presenta raucedine e diminuzione della vista, del gusto o dell'udito.	Neurite periferica, disfunzione cocleare e ridotta sensibilità all'olfatto e al gusto
Sistema cardiovascolare (CVS)	Il paziente presenta dispnea (difficoltà a respirare) e affaticamento da sforzo.	Aumento dei livelli di colesterolo (dislipidemia), diminuzione della frequenza cardiaca (bradicardia), aumento della pressione sanguigna (ipertensione), alterazioni dell'ECG
Gastrointestinale (GI)	Il paziente presenta difficoltà nell'evacuazione delle feci (stitichezza).	Diminuzione della peristalsi (movimento dell'esofago), malattia del fegato grasso
Endocrino	La paziente presenta mestruazioni irregolari e infertilità.	Metabolismo alterato del glucosio, gozzo, aumento dei livelli dell'ormone prolattina, iperplasia della ghiandola pituitaria
Neurologico e psichiatrico	Il paziente presenta perdita di memoria, formicolio e umore alterato.	Deficit cognitivo, segno di Woltman, depressione, demenza, compromissione della coordinazione, sindrome del tunnel carpale, coma mixedematoso
Muscoloscheletrico	Il paziente presenta debolezza, crampi muscolari e dolori articolari.	Aumento della creatinfosfochinasi, fratture dovute all'osteoporosi (dovute a troppa terapia sostitutiva)
Pelle e capelli	Il paziente presenta perdita di capelli (alopecia) e secchezza della pelle (xeroderma).	La pelle diventa ruvida, i palmi delle mani diventano giallastri, i capelli perdono chiazze
Emostasi ed ematologica	Il paziente presenta affaticamento e lieve diatesi emorragica.	Anemia lieve, diminuzione dei livelli di proteina C e proteina S, aumento dell'ampiezza di distribuzione dei globuli rossi (RDW), aumento del volume piastrinico medio (MPV)
Elettroliti e funzioni renali	Il paziente presenta funzionalità renale compromessa.	Diminuzione della velocità di filtrazione glomerulare (GFR), carenza di sodio (iponatremia)

Gestione in MG

Esami iniziali

- TSH, FT4
- AntiTPO (opzionali, utili se sospetto autoimmune)

Quando trattare

- TSH > 10 mIU/L → **iniziare levotiroxina**
- TSH 4.5–10 con sintomi, gravidanza o infertilità → valutare terapia
- TSH 4.5–10 asintomatico → monitoraggio ogni 6–12 mesi

Trattamento

Il trattamento preferito è l'assunzione di una singola compressa di levotiroxina a stomaco vuoto. Il paziente non deve mangiare nulla per l'ora successiva, poiché l'assunzione di qualsiasi alimento potrebbe ostacolare l'assorbimento della levotiroxina. Le persone che soffrono di ipotiroidismo manifesto devono assumere farmaci giornalieri a partire da una dose idealmente compresa tra 1,5 e 1,8 mcg/kg. Le donne in gravidanza possono assumere una dose sostitutiva completa di tiroxina compresa tra 2,0 e 2,4 mcg/kg.

Alle persone affette da malattia coronarica si consiglia di iniziare ad assumere i farmaci a un dosaggio compreso tra 12,5 e 25 mcg/die, e il dosaggio deve essere regolato in base ai sintomi e ai livelli di TSH nel sangue. Questo piano di trattamento è raccomandato per i pazienti anziani, in particolare quelli che presentano molte comorbidità. I pazienti di giovane età che non presentano comorbidità possono spesso ricevere immediatamente un dosaggio sufficiente o completo del farmaco, ma monitorandoli attentamente per prevenire qualsiasi caso di sovratrattamento. La misurazione dei livelli di TSH viene eseguita da 4 a 12 settimane dopo l'inizio della terapia, quindi ogni sei mesi fino al raggiungimento di una fase di equilibrio e successivamente annualmente. Gli aggiustamenti del dosaggio devono essere effettuati in base ai risultati degli esami di laboratorio, tenendo presente che anche piccole variazioni della dose potrebbero avere un impatto significativo sulle concentrazioni sieriche di TSH nei pazienti con basso peso corporeo e nei pazienti anziani. I livelli di T3 non dovrebbero essere misurati di routine per valutare l'efficacia del trattamento.

Invio allo specialista

- Mancata stabilizzazione con dosi standard
- Sospetto mixedema, gravidanza o progetti di gravidanza
- Ipotiroidismo secondario (TSH normale/basso con FT4 basso)

Iperitiroidismo

L'ipertiroidismo è una condizione patologica caratterizzata da una eccessiva produzione di ormoni tiroidei (T3 e T4), responsabile di uno stato di tireotossicosi (eccesso di ormoni tiroidei nel sangue che accelera il metabolismo corporeo). È una condizione in grado di aumentare il metabolismo basale con effetti multisistemici: cardiovascolari, muscolari, cutanei, gastrointestinali, neuropsichiatrici e riproduttivi che possono manifestarsi in modo più o meno evidente a seconda della gravità. L'ipertiroidismo così come la presenza di noduli tiroidei, rappresentano due tra le condizioni endocrine più comuni osservate nella pratica clinica della medicina generale. Possono manifestarsi in modo indipendente oppure coesistere, come avviene spesso, nel gozzo multinodulare tossico. Una gestione efficace, di entrambe le condizioni cliniche, richiede la capacità di riconoscere precocemente i segni clinici, interpretare correttamente gli esami di laboratorio e identificare i casi da inviare allo specialista endocrinologo.



L'ipertiroidismo colpisce circa l'1% della popolazione generale, con una prevalenza che sale al 5-6% nelle forme più avanzate, è più comune nel sesso femminile e presenta un picco tra i 20 e 50 anni per la forma autoimmune, mentre le forme nodulari tossiche sono più frequenti dopo i 60 anni, spesso in aree a pregresse carenze iodiche.

Cause principali

Le cause più frequenti di ipertiroidismo sono di seguito elencate:

1. **Morbo di Basedow (Graves)** – iperproduzione autoimmune di anticorpi diretti contro il recettore del TSH (TRAb), che stimolano la tiroide in modo incontrollato (causa più frequente nei giovani)
2. **Gozzo multinodulare tossico** – nelle età avanzate
3. **Adenoma tossico** produzione di ormoni indipendentemente dal TSH.
4. **Tiroidite subacuta, postpartum, silente** (fasi transitorie)
5. **Farmaci**: amiodarone, litio, iodio in eccesso
6. **Ipertiroidismo iatrogeno**: assunzione di ormoni tiroidei

Segni e sintomi

I sintomi possono essere più evidenti rispetto a quelli dell'ipotiroidismo, e includono sintomi:

- **Cardiovascolari**: tachicardia, fibrillazione atriale, palpitazioni, aumento pressione sistolica
- **Neurologici**: tremori fini, nervosismo, insonnia, ansia, irritabilità
- **Metabolici**: calo ponderale con appetito aumentato, calo ponderale elevato
- **Cutanei**: cute calda, iperidrosi, capelli fragili, sudorazione eccessiva,
- **Gastrointestinali**: aumento frequenza o diarrea, feci poco formate
- **Muscolari**: stanchezza e debolezza muscolare
- **Riproduttivi**: ciclo irregolare, infertilità maschile e femminile
- **Oculari** (Basedow): esoftalmo, retrazione palpebrale

Esistono inoltre sintomi meno comuni, come alterazioni ciclo mestruale, infertilità, debolezza muscolare ed osteoporosi (a lungo termine). Nel paziente anziano il quadro può essere atipico o anche "apatico": letargia, perdita di peso, scompenso cardiaco.



Gestione in MG

Il paziente che presenta sintomi suggestivi di patologia tiroide ancora non diagnosticata, deve eseguire innanzi tutto un prelievo ematico, con valutazione di TSH e di ormoni FT4 ed FT3.

- TSH ↓, FT4/FT3 ↑ particolarmente alto l'FT3 nelle forme lievi o precoci
- Anticorpi TRAb presenti in quasi tutti i pazienti affetti da morbo di Basedow
- VES/PCR: elevati nella tiroidite subacuta

Il trattamento medico dell'ipertiroidismo si basa principalmente sull'uso dei farmaci antitiroidei, in particolare, sulla terapia farmacologica per inibire la sintesi ormonale, utilizzando metimazolo, farmaco di prima scelta nella maggior parte dei casi, grazie alla migliore tollerabilità e alla mono-somministrazione giornaliera o propiltiouracile (PTU) riservato a situazioni specifiche (primo trimestre di gravidanza, intolleranza al metimazolo). Spesso questi farmaci sono associati a beta-bloccanti (es. propranololo 20–40 mg x2–3/die o bisoprololo 2.5–5 mg/die) per il controllo sintomatico dei sintomi adrenergici (tachicardia, tremori). La gestione dei pazienti da parte dei MMG include pertanto, il monitoraggio ormonale in collaborazione con lo specialista, il monitoraggio ecografico utile per valutare la nodularità e la vascolarizzazione aumentata, specie nel Basedow, la scintigrafia tiroidea indicata per distinguere tra causa autoimmune e nodulare o tiroidite (captazione bassa), ed infine la valutazione di terapie definitive (radioiodio o chirurgia). Il paziente va invece inviato con urgenza dall'endocrinologo, con particolare attenzione nella popolazione anziana, in presenza di tireotossicosi franca con FT4/FT3 molto elevati che possono provocare crisi tireotossiche, sospetto Basedow con segni oculari, gozzo voluminoso, fibrillazione atriale o scompenso cardiaco, gravide o donne che pianificano gravidanza, fallimento della terapia o recidive

C. Tiroidite di Hashimoto

La tiroidite di Hashimoto (HT) è una malattia autoimmune che porta all'ipotiroidismo. L'HT provoca infiammazione cronica, aumento delle dimensioni della tiroide e comparsa di anticorpi specifici per la tiroide. A livello globale, l'HT è la malattia autoimmune tiroidea più diffusa. Ogni anno, 0,8 uomini su 1000 e 3,5 donne su 1000 soffrono di HT. Gli individui con HT tendono a sviluppare autoanticorpi contro gli antigeni tiroidei dell'ospite.

Alcuni esempi di antigeni includono anticorpi contro la perossidasi tiroidea (AbTPO) e l'anti-tireoglobulina (AbTg). Questi autoanticorpi contribuiscono alla distruzione del parenchima tiroideo, che non riesce a produrre quantità adeguate di ormone tiroideo.

Segni/Sintomi

Molti pazienti con HT inizialmente non presentano alcun sintomo, anche quando gli anticorpi TPO caratteristici sono presenti negli esami del sangue. Inoltre, i pazienti possono inizialmente presentare sintomi di ipertiroidismo, poiché la distruzione iniziale delle cellule tiroidee può portare a un aumento del rilascio di ormone tiroideo nel flusso sanguigno. Tuttavia, i pazienti possono sviluppare in seguito uno o più sintomi di ipotiroidismo quando la risposta anticorpale causa una distruzione sufficiente. I sintomi precoci possono includere stitichezza, affaticamento, pelle secca e aumento di peso. I sintomi avanzati possono presentarsi come intolleranza al freddo, diminuzione della sudorazione, neuropatia periferica, diminuzione dell'energia, depressione, demenza, perdita di memoria, crampi muscolari, dolori articolari, perdita di capelli, apnea e mestruazioni irregolari e abbondanti. In alcuni casi, l'infiammazione provoca l'ingrossamento della tiroide (gozzo), che, sebbene raro, può causare fastidio al collo, difficoltà a deglutire e raucedine. I reperti dermatologici comuni includono pelle squamosa e secca, soprattutto sui palmi delle mani e sulle piante dei piedi. L'aumento dei mucopolisaccaridi dermici può causare ritenzione idrica e, a sua volta, un colorito pallido della pelle. La velocità di crescita dei capelli può rallentare e i capelli possono essere secchi e fragili. Nei casi più gravi, può verificarsi alopecia diffusa o parziale.

Gestione in MG

Esami iniziali

- TSH, FT4, AbTPO, AbTg

La diagnosi di tiroide ipertrofica eutiroidea si basa sulla presenza di anticorpi anti-TPO e/o sull'aspetto ecografico tipico della tiroide, ma con livelli sierici normali di TSH e T4. Questi pazienti necessitano di misurazioni periodiche annuali del TSH per lo screening dell'ipotiroidismo o per orientare la gestione prima del concepimento e durante la gravidanza.

Trattamento

Viene in genere somministrata levotiroxina per via orale con il dosaggio raccomandato in base al peso corporeo del paziente, che varia da 1,6 a 1,8 microgrammi per chilogrammo.(La durata di questo trattamento è generalmente permanente, poiché la causa sottostante spesso non può essere curata.

Concentrazione di TSH, mIU/ml	Grado	Età <65 anni	Età ≥65 anni
4,5-6,9	Ipotiroidismo subclinico di grado I	Misurazione annuale del TSH di follow-up nei pazienti asintomatici Prendere in considerazione la terapia per i seguenti gruppi di pazienti: <ul style="list-style-type: none">• TPOAbs positivi• Sintomi multipli dell'ipotiroidismo• Iperlipidemia• Livelli di TSH in progressivo aumento• Un piano per la gravidanza• Gozzo	Trattamento non raccomandato
7-9,9		Trattare con levotiroxina per ridurre il rischio di ictus fatale e mortalità associata a cardiopatia ischemica	Considerare il trattamento con levotiroxina per ridurre il rischio di mortalità associata alla cardiopatia ischemica
≥10	Ipotiroidismo subclinico di grado II	Trattare con levotiroxina per ridurre il rischio di progressione verso ipotiroidismo manifesto, insufficienza cardiaca, eventi cardiovascolari e mortalità associata a cardiopatia ischemica	

Fig. 2 Indicazioni per il trattamento con levotiroxina

Invio allo specialista

È preferibile che la terapia farmacologica venga valutata dal medico specialista che affiancherà all’esame obiettivo e alla valutazione degli esami ematici, anche un controllo ecografico.

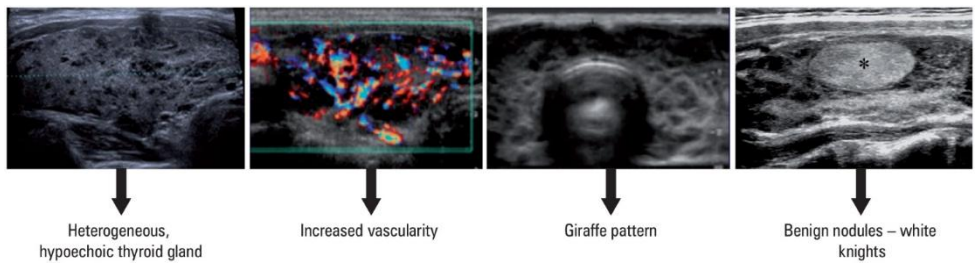


Fig. 3 Aspetto ecografico della tiroidite di Hashimoto



D. Tiroidite subacuta (de Quervain)

La tiroidite subacuta (SAT) è una condizione infiammatoria della tiroide con manifestazioni e decorso clinico caratteristici. I pazienti con la classica tiroidite dolorosa (di De Quervain) (PFSAT) presentano in genere un edema doloroso della tiroide. In genere è una condizione post-infezione virale delle vie respiratorie superiori.

Segni

I pazienti presentano in genere un edema doloroso della tiroide e può verificarsi una paresi transitoria delle corde vocali. Talvolta, il dolore può essere limitato a un lobo, ma di solito si diffonde rapidamente fino a coinvolgere il resto della ghiandola. Il dolore può irradiarsi alla mandibola o alle orecchie. Malessere, affaticamento, mialgia e artralgia sono comuni. La febbre può manifestarsi da lieve a moderata, e talvolta può verificarsi una temperatura di 40 °C. Il processo patologico può raggiungere il picco entro 3-4 giorni e attenuarsi e scomparire entro una settimana, ma più tipicamente, l'esordio si estende per 1-2 settimane e continua con intensità fluttuante per 3-6 settimane. La tiroide è tipicamente ingrossata, liscia, soda e dolente alla palpazione, a volte anche in modo palpabile. Circa la metà dei pazienti presenta sintomi di tireotossicosi durante le prime settimane di malattia. Successivamente, i pazienti spesso manifestano ipotiroidismo prima di tornare alla normalità. Questa condizione dolorosa dura da una settimana a qualche mese, di solito si manifesta con una velocità di eritrosedimentazione (VES) molto elevata, livelli elevati di proteina C-reattiva (PCR) e ha una tendenza a recidivare.

Gestione in MG

Esami iniziali

TSH, T4, Tireoglobulina, Ab TPO, Ab TG

VES,PCR



Tabella 2: Diagnosi differenziale: PFSAT = tiroidite subacuta dolorosa; PLSAT = tiroidite subacuta indolore; PPT = tiroidite postpartum

Element	PFSAT	PLSAT	PPT	Graves'
Neck Pain	Yes	No	No	No
Recent URI	Yes	No	No	No
Systemic symptoms	Yes	No	No	No
Recent Pregnancy	No	No	Yes	No
Thyroid symptoms	Yes	Yes	Yes	Yes
ESR	Elevated	Normal	Normal	Normal
CRP	Elevated	Normal	Normal	Normal
TSH	↑/ ↓/ NI	↑/ ↓/ NI	↑/ ↓/ NI	Suppressed
FT4	↑/ ↓/ NI	↑/ ↓/ NI	↑/ ↓/ NI	NI/↑
TT3	↑/ ↓/ NI	↑/ ↓/ NI	↑/ ↓/ NI	NI/ ↑
T3/T4	< 20	< 20	< 20	> 20
Thyroglobulin	Elevated	Elevated	Elevated	Elevated
TPO-ab	Negative	+/-, Pos	+/-, Pos	+/-, Pos
Tg-ab	Negative	+/-, Pos	+/-, Pos	+/-, Pos
TSHR-ab	Negative	Neg	Neg	Pos
RAIU/Scan	Low/ Not visible	Low/ Not visible	Low/ Not visible	High/ diffuse
US Echo-genicity	Hypo-echoic	Hypo-echoic	Hypo-echoic	Hypo-echoic
Vascularity	Decreased	Decreased	Decreased	Increased

I test di funzionalità tiroidea durante la fase dolorosa (iniziale) della SAT rivelano spesso una soppressione del TSH e un aumento dei livelli totali di T4 e T3, coerenti con lo stato tireotossico. Il rapporto T3 (ng/dl)/T4 (ug/dl) è inferiore a 20 in tutte le forme di SAT. La VES è quasi sempre superiore a 50, la conta leucocitaria e i livelli di PCR sono solitamente elevati nella PFSAT. La PLSAT (inclusa la PPT) è tipicamente associata alla presenza di anticorpi anti-perossidasi tiroidea (TPO-ab) e anti-tireoglobulina (Tg-ab), entrambi solitamente assenti o presenti solo a basso titolo nella PFSAT. Gli anticorpi anti-recettore della tireotropina (TRAb) sono solitamente positivi nella malattia di Graves e assenti o a basso titolo nei pazienti con PFSAT e PPT.

Trattamento

- FANS 1^a linea
- Corticosteroidi se dolore severo
- Beta-bloccanti nella fase tireotossica
- Controllo TSH dopo 6–8 settimane

2. GESTIONE GENERALE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA DISFUNZIONE TIROIDEA

Esami di primo livello in MG

- TSH (test principale)
- Se alterato → FT4 (\pm FT3 in ipertiroidismo)
- AntiTPO se sospetto autoimmunità
- Ecografia solo per sospetto gozzo/noduli, non per disfunzione isolata

Follow-up

- Dopo inizio LT4 → controllo TSH dopo 6–8 settimane
- Stabilizzato → controllo ogni 6–12 mesi

Quando inviare allo specialista

- Tireotossicosi franca
- Noduli sospetti
- Gozzo voluminoso/compressivo
- Gravidanza o pianificazione gravidanza
- Disfunzione in terapia con amiodarone
- Mancata risposta alla terapia

NODULI TIROIDEI

Definizione e epidemiologia

I noduli tiroidei^{iiii iv} sono lesioni focali, pertanto circoscritte, della ghiandola tiroidea che si distinguono, sia clinicamente che radiologicamente, dal tessuto tiroideo circostante. Si tratta di masse solide o cistiche, singole o multiple (gozzo multinodulare), che possono essere benigne (come adenomi o cisti colloidali) o maligne (come i carcinomi tiroidei) e ne alterano la struttura.

I noduli tiroidei sono comuni nella popolazione generale, con prevalenza crescente con l'età, soprattutto nelle donne e in aree con carenza iodica. Sono rilevati clinicamente nel 4–7% della popolazione, ma fino al 50–70% possono essere identificati ecograficamente. La maggior parte dei noduli tiroidei presenta carattere di benignità; il rischio di carcinoma è stimato tra il 5 e il 10%. Nella maggior parte dei casi sono asintomatici e rappresentano un riscontro ecografico occasionale. I noduli si possono anche distinguere in base alla loro capacità di captare lo iodio:

- Iperfunzionante ("caldo"): capta attivamente lo iodio, produce ormoni in eccesso.
- Ipofunzionante ("freddo"): non capta iodio, più frequentemente benigno ma con rischio oncologico maggiore

L'approccio diagnostico include:

1. Ecografia tiroidea — strumento principale per la valutazione morfologica.
2. Dosaggio ormonale (TSH, FT3, FT4).
3. Agoaspirato (FNA) — per studio citologico dei noduli sospetti.
4. Scintigrafia tiroidea — utile per valutare la funzionalità del nodulo.

Il trattamento dipende dalla natura del nodulo, I noduli benigni vengono solitamente monitorati nel tempo mentre i noduli maligni o sospetti vengono trattati con chirurgia, radioiodio o terapia ormonale soppressiva. Rappresentano fattori di rischio per malignità i seguenti fattori:

- Età <20 e >60 anni
- Storia familiare di carcinoma tiroideo
- Irradiazione del collo in età pediatrica
- Nodulo duro, fisso, crescita rapida
- Linfadenopatie laterocervicali sospette
- Disfonia o segni compressivi

Gestione in MG

Anamnesi

- Durata e crescita del nodulo
- Sintomi compressivi: disfagia, dispnea, disfonia
- Esposizione a radiazioni
- Familiarità per carcinoma tiroideo
- Farmaci (amiodarone)

Esami iniziali

- **TSH:** indispensabile
 - Se basso → scintigrafia tiroidea (per valutare nodulo “caldo”)
 - Se normale/alto → procedere con ecografia
- **Ecografia tiroidea:** strumento fondamentale per il rischio ecografico

Le caratteristiche ecografiche dei noduli sono di pertinenza specialistica, pertanto non verranno contemplate in questo contesto.

Esame obiettivo

- Palpazione della tiroide
- Valutazione mobilità alla deglutizione
- Ricerca di linfonodi laterocervicali

6. Noduli funzionalmente attivi

Se il TSH è soppresso, è possibile che il nodulo sia “caldo” e responsabile di ipertiroidismo.

I noduli caldi sono quasi sempre benigni, ma possono richiedere terapia:

- Radioiodio
- Chirurgia (meno frequente)

7. Follow-up dei noduli benigni

- Controllo ecografico ogni **12 mesi**, poi ogni 24 mesi se stabili
- Aumento di volume >20% → rivalutazione
- Nuova comparsa di segni clinici (disfonia, disfagia) → invio urgente

Relazione tra ipertiroidismo e noduli

Nell’anziano la causa più frequente di ipertiroidismo è **l’autonomia nodulare** (gozzo multinodulare tossico o adenoma tossico). Questi pazienti presentano:

- TSH soppresso
- Noduli dominanti all’ecografia
- Scintigrafia con aree di ipercaptazione
- Sintomi meno rumorosi rispetto al Basedow, ma maggiore rischio cardiovascolare

Punti essenziali per la Medicina Generale

- Richiedere sempre **TSH** come primo test.
- TSH basso → approfondire ipertiroidismo (FT4/FT3) e valutare nodulo autonomo con scintigrafia.
- Nodulo isolato con TSH normale → ecografia → valutazione rischio → eventuale FNA.
- Iniziare beta-bloccante nei pazienti con tireotossicosi sintomatica.
- Invio rapido allo specialista in caso di:
 - tireotossicosi grave
 - nodulo sospetto >1 cm
 - segni compressivi
 - storia familiare di carcinoma tiroideo
 - gravidanza

Riferimenti Bibliografici

- Jameson JL, De Groot LJ. *Endocrinology: Adult and Pediatric*. 7th ed. Elsevier; 2016.
- Williams *Textbook of Endocrinology*. 14th ed. Elsevier; 2020
- Gharib H. et al., American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi *Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules*, *Endocrine Practice*, 2016
- Pacini F., *La patologia tiroidea nodulare*, *Giornale Italiano di Endocrinologia e Metabolismo*, 2021.

Linda Lopez
Marina Putzolu





Edizione di gennaio 2026
