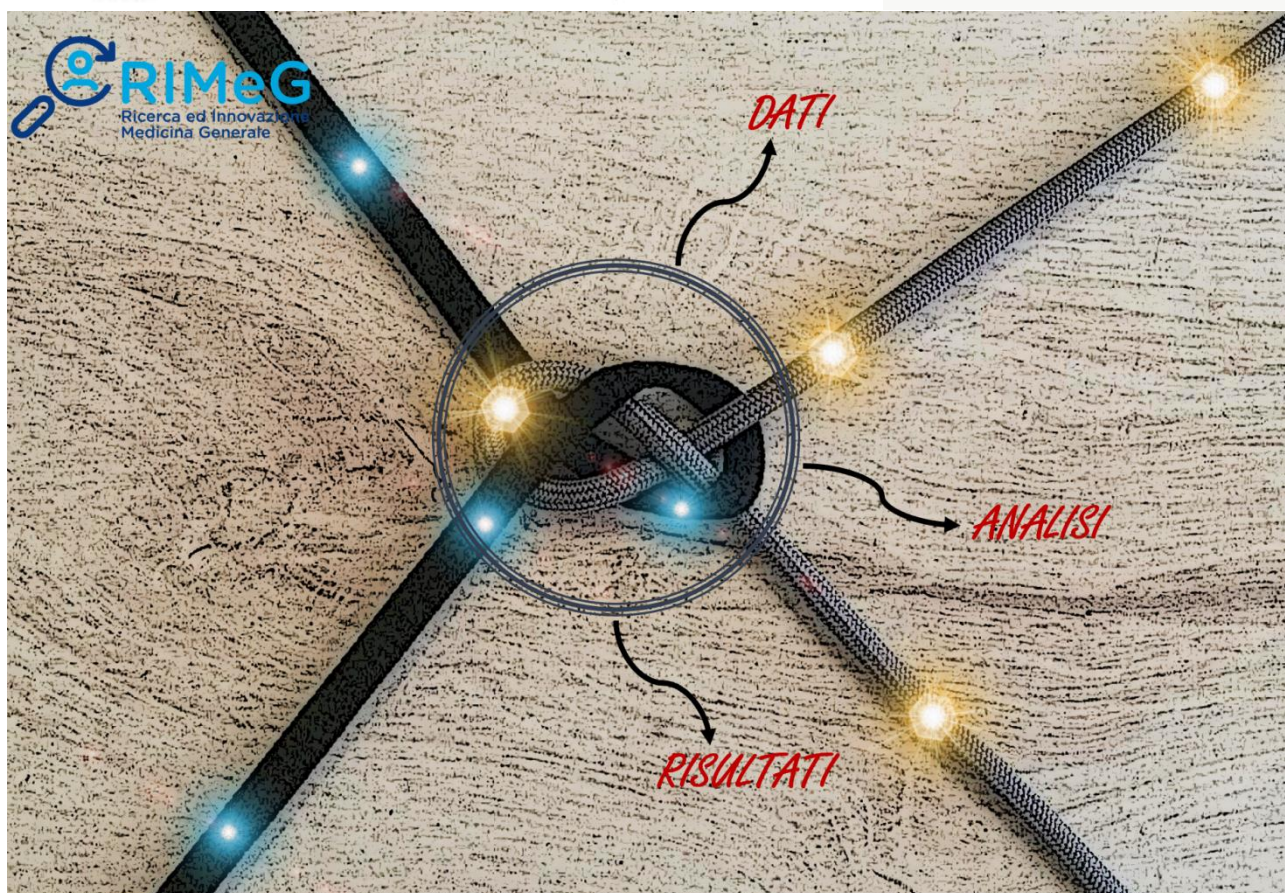


“LA MEDICINA GENERALE: DALLA RICERCA ALLE RETI TRA PROFESSIONISTI”



ATTI DEL CONVEGNO

ORDINE DEI MEDICI, VILLA RABY, C.SO FRANZIA, 8 – TORINO

SABATO 21 SETTEMBRE 2019 / ORE 8,30 – 14,00

LA MEDICINA GENERALE: DALLA RICERCA ALLE RETI TRA PROFESSIONISTI

21 SETTEMBRE 2019

PREFAZIONE

La domanda di salute è in continua evoluzione, così come è in evoluzione il quadro demografico, sociale, epidemiologico. L'impatto dell'ICT (Information Communication Technology) incide sempre più sulle organizzazioni sanitarie e sul ruolo dei professionisti. Il peso della popolazione anziana è in crescita esponenziale e con esso il bisogno di una assistenza sanitaria diversa, più orientata al "care" che alla terapia acuta di sintomi e malattie. La riflessione sulla gestione delle malattie croniche ha portato alla conclusione che le patologie croniche vanno prevenute, precocemente diagnosticate e continuamente "governate" con un sistema di controlli attivi che, in base alla storia naturale delle malattie ed i fattori di rischio ad esse correlati, correggano gli stili di vita inadeguati, svelino precocemente la presenza di malattie, evitino o ritardino la insorgenza e prevengano la progressione e la comparsa delle complicanze. La Medicina Generale è chiamata a svolgere un ruolo centrale e di coordinamento, alla luce del nuovo piano della cronicità attraverso una riorganizzazione territoriale che sposti il focus dall'ospedale al territorio, e gestire in modo avanzato la cronicità nella sua complessità. Il Medico di famiglia è in grado di poter combinare una strategia dell'alto rischio con una strategia di popolazione, perché può agire su tutta la popolazione utilizzando il tempo lungo il corso della vita. Per attuare la medicina d'iniziativa, deve potersi avvalere dell'ausilio di figure professionali territoriali e avere la disponibilità di diagnostica di primo livello, anche da effettuare direttamente. In particolare: collaboratore di studio adeguatamente formato, personale infermieristico, colleghi specialisti che tramite consulenze dirette od indirette, telemedicina, possano definire la gestione del II livello o dello scompenso clinico della patologia in essere. Sviluppare nuove capacità professionali e rafforzare quelle già possedute configura la peculiare professionalità del MMG, definibile come approccio di primo livello, che consiste essenzialmente nella personalizzazione del rapporto e nella presa in carico complessiva, estesa nel tempo, coordinata e di prossimità. La Medicina Generale là dove è valorizzata e sostenuta adeguatamente, dimostra dati alla mano di assicurare la diffusione della prevenzione e l'erogazione delle cure di patologie croniche ad un costo accettabile. In conclusione attraverso l'adozione di nuovi approcci assistenziali, professionali ed organizzati la Medicina Generale può contribuire efficacemente a rallentare l'insorgenza ed evoluzione delle patologie croniche, presidiare gli aspetti legati alla prevenzione e la promozione di corretti stili di vita ed introdurre elementi di razionalizzazione della spesa. La scelta che indichiamo è la strada della sanità d'iniziativa, che deve investire nella sanità territoriale, che è quella più vicina al cittadino, valorizzando da subito e adeguatamente i Medici di medicina generale per rafforzarne le capacità e le potenzialità assistenziali. E' necessario intraprendere un processo di natura culturale che veda la MG coinvolta sempre più nell'ambito della ricerca clinica, nell'accesso alla prescrivibilità dei farmaci garantendone sempre appropriatezza d'uso, nella

promozione della prevenzione, nell'attiva partecipazione al processo decisionale nell'ambito del SSN. Tutto questo avendo a fianco i giovani medici per garantire continuità all'azione sul territorio, che eviti il rischio di un vuoto di assistenza nei prossimi anni.

Dott. Roberto Venesia

S.G.R. PIEMONTE

L'AGENDA DEL DIABETE. UN NUOVO STRUMENTO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE

DOTT.SSA DANIELA CERESSETTI

MMG

La Gestione Integrata del diabete (GID), ha dimostrato la sua efficacia nel fornire un'assistenza appropriata, efficace ed adeguata ai pazienti diabetici di tipo 2. Ad oggi, più di 117 mila pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 sono inseriti all'interno della GID, un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale strutturato e multiprofessionale, in grado di garantire i migliori standard di cura ed una presa in carico globale dei soggetti diabetici.

L'inserimento dei pazienti all'interno della GID, ha ottenuto, nel triennio 2008-2010, una riduzione delle ospedalizzazioni del 21% e una diminuzione della spesa sanitaria di circa il 7,9%.

Tra le principali criticità del progetto GID possiamo evidenziare: la mancanza di un ritorno informativo e/o di un audit per il MMG, l'assenza di una comunicazione diretta tra gli operatori sanitari coinvolti ed la perdita di centralità del paziente nel suo percorso di cura.

Il coinvolgimento attivo del paziente è di fatto uno dei punti chiave della gestione e dell'assistenza delle patologie croniche, di cui l'esempio paradigmatico è il diabete mellito. È sulla base delle evidenze scientifiche dell'efficacia dell'empowerment nelle patologie croniche e considerando l'effettiva mancanza di un ruolo attivo dei pazienti diabetici nell'attuale GID, che è nata l'idea di costruire un'Agenda del diabete.

L'Agenda del diabete è uno strumento informativo e di supporto, ideato per garantire un percorso educativo e per aumentare la consapevolezza del paziente sulla propria patologia. All'interno sono contenute schede informative sugli argomenti di maggior rilevanza della patologia diabetica, sezioni di informazioni personali, una sezione ordinata di raccolta dati ed infine una sezione dedicata ai contatti delle strutture diabetologiche del proprio territorio. L'Agenda è uno strumento accessibile anche al medico di famiglia e allo specialista diabetologo ed è stata strutturata in modo tale da permettere, in futuro, l'informatizzazione della stessa.

L'Agenda del Diabete potrebbe essere un utile supporto per ogni paziente diabetico di tipo 2 che viene inserito all'interno della Gestione Integrata: potrebbe infatti implementare un percorso strutturato ed efficace come quello della GID, colmando le criticità ancora presenti.

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA NAFLD NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE: ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DI UNA MALATTIA SOTTODIAGNOSTICATA'

DOTT.SSA ILARIA MONZANI

MMG

Tipo di studio: in corso

Introduzione:

La nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) è una entità clinico-istopatologica con caratteristiche istologiche simili alle epatopatie alcol indotte, ma insorge in pazienti con storia di basso consumo di alcol o assente.

Da un punto di vista istologico comprende condizioni che vanno da un accumulo di grasso negli epatociti senza concomitante infiammazione o fibrosi (steatosi epatica semplice), a steatosi epatica con una componente necro-infiammatoria (steatoepatite), che può associarsi o no a fibrosi (NASH). Non deve essere presente nessuna altra causa di steatosi epatica.

Materiali e metodi:

Dal gestionale di studio e dal portale della gestione integrata del diabete di un Medico di Medicina Generale sono stati selezionati pazienti che, secondo i dati di letteratura, sono a maggior rischio di NAFLD: pazienti con diagnosi di diabete mellito di tipo 2, obesi non diabetici e con dislipidemia pro-aterogena. Sono invece stati esclusi pazienti con consumo alcolico sopra 30 g/day per gli uomini e sopra 20 g/day per le donne. Nella popolazione classificata a rischio sono stati applicati tre score validati in letteratura: il Fatty Liver Index (FLI), il Hepatic Steatosis Index (HSI) e il AST to Platelets Ratio Index (APRI). Ai pazienti che hanno avuto almeno 1 dei 3 score positivi è stato proposto un esame ecografico del fegato condotto da 1 operatore esperto e da 1 operatore inesperto in modo da poter valutare la concordanza interoperatore e la difficoltà nell'esecuzione della metodica. Ai pazienti con diagnosi di NAFLD e indice APRI suggestivo per NASH viene poi proposto un esame con fibroscan a livello ospedaliero.

Obiettivi:

Endpoints dello studio sono: valutare su un campione di pazienti a rischio la quota di positivi ai test predittivi di NAFLD, la successiva concordanza con l'esame ecografico e la quota di pazienti con sospetta NASH; valutare sensibilità, specificità e number needed to treat degli score nel campione a rischio; valutare la concordanza interoperatore tra ecografista esperto e inesperto rispetto alla diagnosi ecografica di steatosi epatica e la fattibilità della metodica in un ambulatorio di medicina generale.

DIFFUSIONE E VALIDAZIONE DI ACROSCORE: UNO STRUMENTO PER FAVORIRE LA DIAGNOSI PRECOCE DI ACROMEGALIA IN MEDICINA GENERALE.

DOTT.SSA PATRIZIA MERLO

MMG

BACKGROUND. *ACROSCORE* è uno strumento che include le principali manifestazioni della malattia acromegalica (DMT2/IGT, diastasi dentaria, iperplasia tiroidea/gozzo, sindrome del tunnel carpale (STC), polipi intestinali ed iperidrosi) e che dovrebbe correlare positivamente con la probabilità che un paziente sia affetto da acromegalia.

OBIETTIVI. Diffusione e validazione di *ACROSCORE*.

SOGGETTI E METODI. Ad alcuni MMG è stato somministrato un questionario basato su 6 domande riguardo gli score in MG e l'acromegalia. Alcuni MMG hanno successivamente aderito alla seconda fase dello studio, basata sulla raccolta di parametri clinici e sul dosaggio dell'IGF-I in 1000 pazienti con almeno 1 segno/sintomo presente in *ACROSCORE*.

RISULTATI. Sono stati raccolti 74 questionari. Il 65% dei MMG intervistati dichiara di aver sospettato l'acromegalia, solo l'8% afferma di aver richiesto almeno un dosaggio di GH o IGF-I di propria iniziativa. Il 7% dei colleghi afferma di assistere almeno un paziente affetto. Il carico stimato per i pazienti con malattia acromegalica è risultato di non più di due visite/anno.

Il 76% dei colleghi afferma di impiegare score nella pratica clinica (il più utilizzato in assoluto è risultato il CHA2DS2-Vasc, 55%). Il 73% afferma di non aver mai sentito parlare di *ACROSCORE*. Del restante 27%, una minima parte dichiara di averlo applicato almeno una volta. Laddove *ACROSCORE* venisse validato, il 95% dei medici è favorevole ad un impiego. Il 58% preferirebbe un link diretto ad un sito internet e il 24% un'applicazione diretta per smartphone/tablet. Solo il 5% dei medici intervistati si dichiara contrario ad un'eventuale applicazione.

Nella seconda parte del lavoro sono stati arruolati solo 37 pazienti e il dosaggio dei valori di IGF-1 non ha ancora evidenziato una diagnosi di acromegalia.

CONCLUSIONI. L'applicazione di strumenti semplici, quali gli score clinici, in MG permette di raccogliere dati estremamente significativi dal punto di vista clinico ed epidemiologico. Ciò rende la ricerca in MG potenzialmente centrale nelle patologie ad elevata prevalenza ma importante anche nelle malattie rare.

VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ RENALE IN UNA COORTE DI PAZIENTI DIABETICI IN GESTIONE INTEGRATA NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE.

DR.SSA PETRINI SIMONA
MMG

Background: la nefropatia cronica è una temibile complicanza del diabete. In Italia il diabete è la seconda causa (25.3%) di comorbidità, dopo l'ipertensione (34.3%), per insufficienza renale terminale (ESRD).

Obiettivi: confronto tra funzionalità renale (creatinina, GFR) e HbA1c nel tempo (anni 2017 e 2018) tra due gruppi di pazienti diabetici, di cui uno in Gestione Integrata (GI) e uno NON in Gestione Integrata (NGI). Valutare se vi sia una correlazione, sia globalmente che per gruppi (GI e NGI), tra i valori di creatininemia e di HbA1c, rilevati, sia nell'anno 2017, che 2018 e tra i valori di GFR e di HbA1c rilevati nell'anno 2018.

Materiali e Metodi: 88 pazienti di età tra i 65 e gli 80 anni, divisi in due gruppi (GI e NGI), studiati da gennaio 2017 a settembre 2018.

Risultati: i valori di creatininemia nel 2017 sono risultati statisticamente minori nel gruppo GI rispetto al gruppo NGI ($p < 0.001$); nel tempo i valori di creatininemia sono risultati sempre più bassi nel gruppo GI rispetto al gruppo NGI ($p = 0.029$). Nel gruppo GI non è stata rilevata una differenza statisticamente significativa tra creatininemia nel 2017 e creatininemia nel 2018, mentre nel gruppo NGI è stata osservata una differenza statisticamente significativa ($p = 0.001$). I valori di HbA1c non differiscono tra i 2 gruppi in modo statisticamente significativo, né sono state rilevate differenze tra i 2 gruppi nei valori medi di HbA1c nel tempo. Considerando globalmente tutto il campione è emersa una correlazione positiva di grado discreto tra HbA1c e creatininemia nell'anno 2017 ($p \text{ value} = 0.001$) e 2018 ($p \text{ value} < 0.001$). Considerando il gruppo GI i valori di HbA1c e creatininemia rilevati nell'anno 2017 non hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa ($r \text{ di Pearson} = 0.11$; $p \text{ value} = 0.517$). I valori di HbA1c e di creatinina rilevati nell'anno 2018 hanno mostrato una correlazione positiva ($r \text{ di Pearson} = 0.313$; $p \text{ value} = 0.038$). Considerando il gruppo di pazienti NGI, i valori di HbA1c e creatininemia rilevati nell'anno 2017 hanno mostrato una correlazione positiva ($r \text{ di Pearson} = 0.412$; $p \text{ value} = 0.006$). I valori di HbA1c e di creatininemia rilevati nel 2018 hanno mostrato una correlazione positiva di entità discreta ($r \text{ di Pearson} = 0.454$; $p \text{ value} = 0.002$).

Conclusioni: Dal confronto tra i due gruppi di pazienti (GI e NGI) e nel tempo è stato dimostrato come la Gestione Integrata influisca positivamente sul mantenimento di valori di *creatinina e GFR* più vicini al range di normalità, mentre per quanto riguarda l'emoglobina glicata *non* è emerso un significativo miglioramento di un gruppo rispetto all'altro né l'effetto positivo del tempo su ciascun gruppo.

BREAST CANCER SURVIVORS RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

DOTT.SSA ANASTASIA MARTELLINI

Nel corso degli ultimi 40 anni l'adesione ai programmi di screening e la maggiore efficacia dei protocolli di terapia hanno consentito di migliorare la prognosi di numerose patologie tumorali: ne consegue che, nella popolazione generale, il numero dei cancer survivors è in costante aumento. Esistono in letterature diverse definizioni di cancer survivors; quella più accettata in Europa, e che meglio si adatta ai temi che andremo a trattare, si riferisce a pazienti che hanno terminato i trattamenti antitumorali da almeno 5 anni.

Complessivamente in Italia vivono 800.000 donne che hanno avuto diagnosi di carcinoma mammario, pari al 43% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore e pari al 24% di tutti i casi prevalenti (uomini e donne). Grazie al contributo della S.S.D. Unità di Transizione per neoplasie curate in Età Pediatrica che mi ha fornito una banca dati di pazienti inviate presso il loro ambulatorio specialistico, ho preso in considerazione le due complicanze tardive di maggior interesse per il medico di famiglia, indagandone la prevalenza. Sulla base dei dati raccolti tramite questo studio si evince come sarà probabile che tutti noi nella professione di MMG ci troveremo a confrontarci con un Breast Cancer Survivors. Questa considerazione sorge spontanea soprattutto tenendo conto delle stime conservative secondo cui l'87% delle pazienti con diagnosi di tumore della mammella, curati secondo gli attuali protocolli terapeutici, diventeranno "sopravvissuti a lungo termine". La popolazione di donne sopravvissute a tumore della mammella è in crescita e rappresenta un bisogno sanitario emergente ed è necessario che le nuove generazioni di medici non solo ne siano consapevoli, ma inizino a collaborare con le strutture dedicate per garantire loro la migliore assistenza possibile sul lungo termine. Al termine del follow up specialistico oncologico (in genere dopo 5 anni) la paziente può essere affidata al Medico di Medicina Generale (MMG), con indicazione a proseguire controlli mammografici e visita clinica annuali. Questo approccio deve ottenere l'accordo del MMG e della paziente e deve essere inserito in contesto di sorveglianza di rete, con la possibilità dell'intervento specialistico ogni qualvolta necessario sull'esempio della Gestione Integrata del Diabete.

LA GESTIONE DEL DIABETE MELLITO COME ESEMPIO DI PATOLOGIA CRONICA NELLE CASE DELLA SALUTE DELL'ASL TO3

DOTT.SSA CLARA PETRAFESA - MMG

INTRODUZIONE

I dati indicano come le malattie croniche diventino la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità. La gestione delle patologie croniche non può essere attuata mediante una medicina "on demand", ma su un modello basato sulla gestione attiva della patologia cronica e sulla medicina di iniziativa. Il DM2 rappresenta una delle patologie croniche con più alta prevalenza e con un programma di gestione integrata ben sviluppato

OBIETTIVI

Valutare se nel setting organizzativo delle Case della Salute dove è in atto una medicina d'iniziativa per il follow up presso un AmO dedicato, si rileva una più adeguata gestione e controllo di tale patologia cronica, rispetto al resto dell'ASL TO3, in termini di: a) Maggior adesione alla GID e migliori LAP raggiunti; b) Minor numero di pazienti diabetici ricoverati; c) Minor numero di pazienti diabetici che accedono al PS per diabete e sue complicanze; d) Minor numero di decessi

MATERIALI E METODI

Le fonti dati utilizzate sono state: AURA, RRD, Database GID, SDO, Database PS Regione Piemonte.

Il totale degli assistiti è di 19.624 per 434 MMG. Il totale dei 434 medici (e dei rispettivi assistiti) è stato diviso in due gruppi di confronto: a) 23 MMG operanti nei Gruppi di Cure Primarie (GCP) avanzati /Case della Salute; b) 411 MMG dell'ASL TO3.

RISULTATI

La percentuale di adesione alla GID risulta essere significativa. Anche riguardo i LAP, i medici dei GCP raggiungono migliori LAP rispetto alla media dei livelli raggiunti dai medici dell'ASL TO3.

Non vi è differenza statisticamente significativa in termini di numero di pazienti diabetici che accedono a ricoveri ospedalieri e a prestazioni di Pronto Soccorso.

È statisticamente significativa la differenza tra i pazienti diabetici seguiti in GID e coloro che non sono seguiti in GID. I pazienti in GID hanno meno ricoveri e meno passaggi in PS, rispetto agli altri pazienti diabetici per le patologie considerate. Anche riguardo la mortalità, non presenta differenze significative tra gli assistiti dei diversi gruppi di medici; tuttavia risulta un numero di decessi decisamente inferiore tra i pazienti in GID rispetto ai pazienti in GID.

CONCLUSIONI

E' l'adesione alla GID a fornire un effettivo vantaggio in termini di esiti di salute e non l'essere in carico ad un gruppo di medici in particolare. I medici dei GCP avanzati presentano risultati migliori in termini di adesione alla GID e in termini di LAP raggiunti, probabilmente come conseguenza di una medicina pro-attiva che si focalizza sulla singola patologia cronica all'interno di un ambulatorio ad essa dedicato.

OSTEOPOROSI E MEDICINA GENERALE: STUDIO EPIDEMIOLOGICO DI PREVALENZA E TERAPIA

DOSSA SIMONA MESCHIERI

MMG

SCOPO:

1. Mostrare un quadro epidemiologico dell'osteoporosi in MG e promuovere progetti di *audit* clinico.
2. Valutare l'approccio terapeutico e i fattori di rischio per il fallimento della terapia.

Nel 2000 lo studio ESOPPO ha evidenziato una prevalenza in Italia del 23% delle donne tra i 40 e 79 anni e del 14% degli uomini tra i 60 e 79 anni.

MATERIALI E METODI:

Sono stati estratti i dati di prevalenza dell'osteoporosi (ICD-IX733) del decennio 2007-2016 dal database Health Search sulla popolazione (circa 900000 pazienti) di un campione di 800 MMG di Italia e di 55 MMG del Piemonte e dalle cartelle cliniche di 8 MMG di una Medicina di Gruppo di Torino. Sono state inoltre analizzate la terapia nel 2016 di: bifosfonati (ATC M05BB o M05BA), vitamina D (ATC A11CC o A12AX), bifosfonati e vitamina D associati {[M05BA + (A12AX o A11ACC)] + M05BB}.

RISULTATI:

La prevalenza dell'osteoporosi nelle donne tra 40 e 79 anni nel periodo 2007-2016 è cresciuta dal 12,61% al 20,74% in Italia; dal 6,75% al 13,55% in Piemonte; è invece diminuita dal 14,4% al 10,1% nei MMG di Torino. Negli uomini di età 60-79 è cresciuta dal 2,12% al 3,43% in Italia; dall'1,05% al 1,84% in Piemonte; è invece passata dal 2% all'1,4% nei MMG di Torino.

Il 39,2% delle donne con osteoporosi riceveva nel 2016 solo integrazione di vitamina D (\pm calcio), il 16,5% bifosfonati (\pm vit D), il 44,3% né vitamina D né bifosfonati. Il 21,3% degli uomini di età 60-79 con osteoporosi riceveva nel 2016 sola vitamina D (\pm calcio), il 10,6% bifosfonati (\pm vit D), il 68,1% né bifosfonati né vitamina D.

Il 12,4% delle donne e il 17,2% degli uomini con osteoporosi assumevano solo bifosfonati senza vitamina D; il 55,8% delle donne e il 59,8% degli uomini in trattamento con bifosfonati risultava avere una compliance maggiore dell'80% contro il 44,2% e il 40,2% che invece avevano compliance scarsa.

CONCLUSIONI:

Sono state rilevate prevalenze inferiori rispetto allo studio ESOPPO, ma con un andamento in crescita.

L'osteoporosi risulta ancora sotto-diagnosticata, sotto-trattata e con compliance bassa; il MMG ha un ruolo importante nella diagnosi e deve ricercare in modo attivo i fattori di rischio registrandoli in cartella e aggiornandoli; ha ruolo centrale anche per la gestione terapeutica potendo verificare il tasso di compliance e rivalutare nel tempo il trattamento più adatto per ogni suo assistito.

PROGETTO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO NELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

DOTT.SSA ALESSANDRA TARASCHI

MMG

Il progetto ha avuto luogo dal 2 luglio 2018 al 31 dicembre 2018 e si è articolato all'interno del distretto Nord Ovest della ASL Città di Torino, avente una popolazione di circa 220000 abitanti.

Ha visto coinvolti i 150 medici di famiglia operanti su tale territorio e i cardiologi della Cardiologia dell'ospedale Maria Vittoria.

Premettendo che non esisteva un percorso di follow up condiviso per i pazienti con cardiopatia ischemica e che spesso la comunicazione fra medici di famiglia e medici cardiologi non è sufficiente, il progetto si è posto come obiettivi sia elaborare un percorso di follow up standardizzato, sia di mettere in comunicazione efficacemente le due figure mediche.

Partendo dall'analisi della letteratura sono stati strutturati 3 percorsi che si basano sulla stratificazione del rischio dei pazienti dimessi dalla cardiologia del Maria Vittoria con diagnosi di cardiopatia ischemica.

Questi percorsi prevedono le tempistiche con cui effettuare esami di controllo standardizzati e le visite presso il mmg o il cardiologo. La frequenza dei controlli diventa via via più serrata in base alla classe di rischio in cui il paziente è iscritto.

I criteri per essere arruolati nel progetto sono stati: essere dimessi dalla cardiologia del Maria Vittoria con una diagnosi di cardiopatia ischemica e avere il proprio MMG operante nel succitato distretto.

Per rendere la comunicazione fra medici di famiglia e medici cardiologi efficace è stato elaborato una scheda ad hoc sul Portale della Regione Piemonte alla quale potessero accedere entrambe le figure mediche, in modo da poter visualizzare in tempo reale i dati aggiornati sul paziente.

Inoltre la lettera di dimissione è stata resa scevra da acronimi che la potessero rendere ostica alla comprensione dai non addetti ai lavori.

In breve il ruolo del cardiologo è stato di pianificare il follow up e stratificare il rischio, mentre il medico di famiglia aveva il compito di effettuare una valutazione clinica periodica, controllare i fattori di rischio e l'aderenza alla terapia, svolgere counselling sugli stili di vita.

Attualmente l'analisi dei dati clinici è in corso, così come quella del gradimento da parte del paziente di essere iscritto nel progetto.

E' in fase di pianificazione l'estensione del progetto all'intera ASL Città di Torino.

I CANCER SURVIVORS

DOTT. BRIGNARDELLO ENRICO - DOTT. FELICETTI FRANCESCO

S.S.D. Unità di Transizione per Neoplasie Curate in Età Pediatrica, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

L'attenzione alle problematiche dei pazienti guariti da malattia oncologica è nata, ormai alcuni decenni fa, in oncologia pediatrica. La probabilità di guarigione per un bambino o un adolescente affetti da tumore si avvicina oggi complessivamente all'80%, con percentuali superiori al 90% per le leucemie linfoblastiche acute (un terzo di tutti i tumori pediatrici). Ne consegue che, nella popolazione generale, il numero dei cosiddetti *childhood cancer survivors* (CCS) è andato costantemente aumentando. Tuttavia, anche con i più moderni protocolli di cura, i CCS non sono esenti dai cosiddetti *late effects* (LE), cioè da malattie inquadrabili come complicanze tardive delle pregresse terapie oncologiche, la cui incidenza aumenta progressivamente con il passare del tempo.

Grazie ai programmi di screening ed ai progressi delle terapie oncologiche, anche la popolazione dei guariti da un tumore dell'adulto è in espansione. Secondo i dati più recenti, circa 2.5 persone su 100 in Italia sono *adult cancer survivors* (ACS), perciò il tema dei LE è oggi particolarmente sentito anche dagli oncologi dell'adulto.

I potenziali LE delle terapie oncologiche, possono virtualmente interessare qualsiasi organo o apparato: malattie cardio-vascolari e "secondi tumori" rappresentano le problematiche che mettono maggiormente a rischio la sopravvivenza dei *cancer survivors*, ma infertilità, malattie endocrino-metaboliche e problematiche psicologiche sono certamente le patologie che interessano più spesso questi soggetti. Appare quindi chiaro che tanto i CCS quanto gli ACS necessitano di un monitoraggio clinico e personalizzato a lungo termine, in funzione delle terapie ricevute, e proseguito per molti anni, eventualmente indefinitamente.

Si configura quindi una nuova domanda di salute, con problematiche cliniche spesso inedite, della quale sempre più i Servizi Sanitari si dovranno occupare con un approccio multidisciplinare. Per la tipologia delle problematiche cliniche ed il numero crescente dei *cancer survivors*, la pianificazione di efficaci programmi di *survivorship care* non può prescindere dalla partecipazione attiva dei medici di famiglia.

LA RETE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA: OBESITÀ

PROF. FABIO BROGLIO

**Centro Unificato di Diabetologia e Metabolismo
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Università degli studi di Torino**

Secondo la World Health Organization, l'obesità è una condizione clinica caratterizzata da un eccesso di massa grassa tale da rappresentare un rischio per la salute. Si ritiene che attualmente, nel mondo, 200 milioni di uomini e 300 milioni di donne siano obesi. Secondo i dati Istat del 2015 in Italia più di un terzo della popolazione adulta è in sovrappeso, mentre una persona su 10 è obesa; è tra le malattie con la maggior prevalenza e con le maggiori conseguenze sulla salute e sulla spesa sanitaria del XXI secolo.

L'obesità è un importante fattore di rischio per numerose patologie quali il diabete mellito tipo 2, l'ipertensione, la dislipidemia, l'infarto miocardico, l'ictus, alcuni tumori, l'apnea notturna e le osteoartriti; il rischio di malattia e la mortalità incrementa con il grado di eccesso ponderale. Pertanto il trattamento dell'obesità ridurrebbe l'incidenza delle comorbidità e ne ritarderebbe la progressione.

Il controllo dell'obesità è inserito dal Ministero della Salute tra gli obiettivi strategici del Piano Nazionale Sanitario e del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Attraverso interventi specificati nel PNP 2014-2018, il Ministero della Salute intende realizzare un quadro ben preciso che, partendo dalla promozione della salute, arrivi all'assistenza del paziente obeso e garantisca una diagnosi precoce, così come percorsi terapeutico-riabilitativi interdisciplinari (articolati su diversi livelli di strutture e servizi che operino in raccordo e continuità).

Pertanto, di fronte a questo importante problema di sanità pubblica vi sono due assolute priorità: la prevenzione, con la diffusione di nuove abitudini alimentari e di un corretto stile di vita, e la cura efficace e duratura dei casi esistenti con tutti gli strumenti oggi disponibili.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità commissionato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte ha avuto come scopo quello di individuare ruoli e responsabilità cliniche e organizzative dei diversi professionisti coinvolti nella gestione dei/delle pazienti affetti da obesità dalla diagnosi ai vari processi di cura allo scopo di programmare una rete di interventi mirati ad efficacia ed appropriatezza.

MODELLI DI GESTIONE DELLA CRONICITÀ IN RETE. LE MALATTIE METABOLICHE DELL'OSSO

DOTT. MARCO DI MONACO

***Centro Specializzato in Malattie Metaboliche dell'Osso, Presidio Sanitario San Camillo,
Fondazione Opera San Camillo, Torino***

Oltre 7000 fratture prossimali di femore da fragilità nelle persone con più di 65 anni: è questo il dato epidemiologico saliente dell'osteoporosi nella regione Piemonte. Ogni persona che si frattura è a rischio di morte (eccesso di mortalità del 20% nel primo anno) e disabilità permanente (meno del 50% delle persone che sopravvivono alla frattura torna al livello di autonomia pre-frattura). I costi per il SSR sono ingenti, paragonabili per la sola degenza ospedaliera alla somma di quelli sostenuti per tutti gli stroke ischemici ed emorragici.

Le strategie di prevenzione delle fratture sono diverse e supportate da prove di efficacia certe, ma sorprendentemente sono applicate con inappropriately sia per difetto sia per eccesso. Esempio paradigmatico è l'utilizzo poco appropriato della vitamina D: in Italia (dati AIFA 2017) si spendono 260 milioni di euro l'anno per preparati a base di vitamina D, con un raddoppio della Defined Daily Dose per 1000 abitanti negli ultimi 4 anni e una crescita esponenziale dei costi. Tuttavia, gli anziani che vanno incontro a fratture prossimali di femore sono ancora gravemente deficitari (Di Monaco M et al, Eur J Phys Rehabil Med, 2019). In sintesi: il notevole sforzo economico del SSN per la correzione del deficit vitaminico D non sembra raggiungere i soggetti che realmente ne potrebbero trarre vantaggio, e verosimilmente si disperde in fasce di popolazione in cui i benefici della supplementazione non sono dimostrati (e probabilmente non esistono). Proprio la corretta individuazione dei soggetti a rischio di frattura rappresenta il primo elemento dell'appropriatezza. In quest'ottica, chi ha già subito una frattura da fragilità deve essere al centro degli interventi di prevenzione, perché è a rischio particolarmente elevato di nuove fratture.

La rete per le malattie metaboliche dell'osso ha come obiettivo che ogni persona con una frattura da fragilità possa accedere alle misure di prevenzione secondaria. Il modello centrato sulla figura del case manager e sulla stretta collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti ha dimostrato efficacia nel prevenire nuove fratture e nel ridurre la mortalità (Wu CH et al, Bone 2018) imponendosi nel mondo con il nome di Fracture Liaison Service.

LA RETE GASTROENTEROLOGICA PIEMONTESE

PROF. GIORGIO MARIA SARACCO

Cattedra di Gastroenterologia, Scuola di Medicina di Torino

S.C. Gastroenterologia-U, Città della Salute ve della Scienza, Presidio Molinette, Torino

Con determina Regionale da giugno 2019 è stata istituita la *Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale gastroenterologica* allo scopo di organizzare, nello specifico ambito, la risposta clinico-assistenziale gastroenterologica secondo le indicazioni contenute nei diversi provvedimenti regionali, con le seguenti finalità:

- analizzare e razionalizzare l'offerta dei diversi nodi della *Rete*, al fine di rendere più omogeneo l'approccio al paziente nelle diverse aree regionali per quanto riguarda la prevenzione, la presa in carico e il successivo trattamento;
- sviluppare le interconnessioni tra i nodi della *Rete*, tra diversi setting assistenziali (prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione, domicilio), tra i professionisti (clinici specialisti, MMG/PLS, professioni sanitarie) e con le altre reti specialistiche;
- sviluppare le pratiche basate sull'evidenza scientifica, valutare e migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i processi, gli esiti e la sicurezza dei pazienti anche attraverso audit clinico-assistenziali;
- sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici, i protocolli e le procedure, in forma omogenea e condivisa, nei diversi setting, in ambito multiprofessionale e multidisciplinare;
- razionalizzare l'uso delle risorse, con particolare riferimento ai farmaci, ai presidi, alle tecnologie ed al personale operante nei servizi;
- analizzare e migliorare i tempi di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali;
- analizzare e controllare la mobilità passiva verso altre Regioni;
- sviluppare un sistema informativo adeguato alla raccolta dei dati epidemiologici e di attività ed al monitoraggio, con indicatori di processo ed esito, al fine della messa in atto delle azioni di miglioramento;
- sviluppare la formazione degli operatori della *Rete*;
- favorire progetti di ricerca sia in ambito clinico che organizzativo;
- favorire meccanismi di comunicazione con i cittadini, le Associazioni dei pazienti e con i principali stakeholder

LA RETE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA: DISLIPIDEMIE

Dott. LUIGI GENTILE

S.C. Diabetologia ASL AT, Asti - Coordinatore RETE Endocrino-Diabetologica del Piemonte Orientale

Con la D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016 sono stati definiti gli indirizzi organizzativi per l'istituzione delle Rete Territoriale Endocrino-Diabetologica (ED) del Piemonte. La suddetta deliberazione ha individuato gli obiettivi prioritari cui deve essere orientata l'attività della Rete ED, primo fra tutti la "condivisione e l'omogenea applicazione di percorsi di cura (PDTA) a livello regionale, spostando in particolare quelle riferite alle patologie croniche ad elevato impatto sociale, verso percorsi integrati tra Medicina Specialistica, Generale e del Territorio, finalizzati a garantire la presa in carico globale della persona e la continuità delle cure delle patologie ED.

Come stabilito dalla sopra citata D.G.R. n.27-4072/2016, "analogamente all'assistenza diabetologica, anche il trattamento delle malattie endocrino-metaboliche necessita di un percorso di riordino funzionale in ambito sovraziendale, in quanto associate a un elevato assorbimento di risorse assistenziali, sia ambulatoriali che di ricovero ospedaliero, in particolare per il problema di patologie altamente prevalenti quali le malattie tiroidee, l'obesità e le dislipidemie". La costituzione e la formalizzazione di un Gruppo di Lavoro Regionale Multidisciplinare con il mandato di predisporre il PDTA Dislipidemie, rientra pienamente negli obiettivi prioritari della Rete ED, valorizzando il passaggio da un'ottica puramente prestazionale fondata sull'erogazione di singole prestazioni, ad un'ottica fondata sui percorsi di cura, per garantire efficacia, sicurezza, appropriatezza, accessibilità e sostenibilità della cura alle persone con dislipidemia (in età pediatrica ed adulta) tanto in prevenzione primaria quanto in prevenzione secondaria. Le dislipidemie sono infatti malattie croniche complesse e ad altissima prevalenza, che richiedono un inquadramento diagnostico e un approccio terapeutico multidisciplinare finalizzati alla prevenzione delle complicanze croniche soprattutto cardio e cerebrovascolari. L'approccio al paziente con dislipidemia non si limita infatti allo stretto controllo dei parametri lipidici, ma è rivolto alla correzione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare integrando gli interventi sullo stile di vita con una terapia spesso polifarmacologica e vede quale asse portante e qualificante la collaborazione in Rete tra Medicina Generale e Specialistica, al fine di garantire appropriatezza clinico-organizzativa, innovazione e sostenibilità

L'ENDOMETRIOSI: AZIONI AVVIATE IN REGIONE PIEMONTE E PROGETTO DI RETE

DOCT. MARCO CAMANNI

DOCT.SSA VALENTINA CAPUTO

L'endometriosi è una patologia cronica, spesso progressiva, causa di gravi danni alla salute e di possibile infertilità. Circa il 10% della popolazione femminile europea è affetta da tale malattia che colpisce, in Italia, circa tre milioni di donne (stima del Census Bureau 2004). In poche sanno di avere tale patologia e ciò, causa un ritardo di nove anni tra la comparsa dei primi sintomi e la diagnosi. La diagnosi certa tardiva compromette la possibilità di effettuare un trattamento adeguato per migliorare la qualità della vita, per ridurre il rischio di complicanze e per scongiurare l'infertilità che interessa dal 30% al 40% delle donne che ne sono affette. I ricoveri per endometriosi sul totale della popolazione italiana femminile rappresentano il 4%. A questi costi vanno aggiunti quelli relativi ai trattamenti di procreazione assistita che hanno come indicazione l'endometriosi (fonte: Ministero della Salute).

Nel 2005 il Senato italiano ha riconosciuto l'endometriosi come patologia di interesse sociale e ad ottobre 2012 è stata inclusa nelle nuove tabelle dell'INPS come causa di invalidità civile.

A livello nazionale, con l'aggiornamento dell'elenco dei LEA, è stato previsto l'inserimento dell'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, negli stadi clinici più avanzati riconoscendo alle pazienti affette da questa patologia il diritto ad usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo.

Il Piemonte nel 2017 ha ottenuto il riconoscimento di una propria legge regionale a tutela delle donne affette da endometriosi. La legge regionale di riferimento è la n. 10/2017. I punti cardine previsti dalla normativa riguardano l'adozione di linee guida per il percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare e per il controllo periodico delle pazienti affette da endometriosi nonché l'impegno a garantire la piena operatività del regime di esenzione delle prestazioni erogabili alle pazienti affette da endometriosi nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza previsti dal Servizio sanitario nazionale.

Fondamentale è strutturare una rete, per questo si interviene anche in legge, istituendo due importanti strumenti di gestione coordinata della patologia: il piano regionale per la prevenzione e la cura dell'endometriosi e la rete regionale per la prevenzione e la cura dell'endometriosi, fondamentale strumento di raccordo per razionalizzare l'offerta degli interventi sanitari e per assicurare uniformità di azione e di intervento.