6^ Edizione

corso di 2° livello

PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DI UN AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA

6-7 MAGGIO 2017
1° MODULO

Identificazione e gestione di patologie croniche correlate e/o concomitanti: focus on diagnosi e trattamento farmacologico di: Scompenso cardio-circolatorio, Asma e BPCO, Patologie metaboliche, Patologie osteoarticolari

Andrea PIZZINI
Amedeo SCHIPANI

SIMPeSV
Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita

CASO CLINICO IN MEDICINA GENERALE

«HARD TO CONCEIVE»

Un giorno arriva in Ambulatorio una nuova Paziente: S. Savina, vedova di 82 anni senza figli.

Da alcuni giorni ha dolore all'anca dx e questo la fa zoppicare.

COSA FATE?

Anamnesi

Savina ha avuto numerosi problemi e…
«… se vuole le posso portare gli esami che ho fatto, ne ho delle valige piene!!»

Dopo ''attento'' colloquio ricavate che la Signora soffre di:

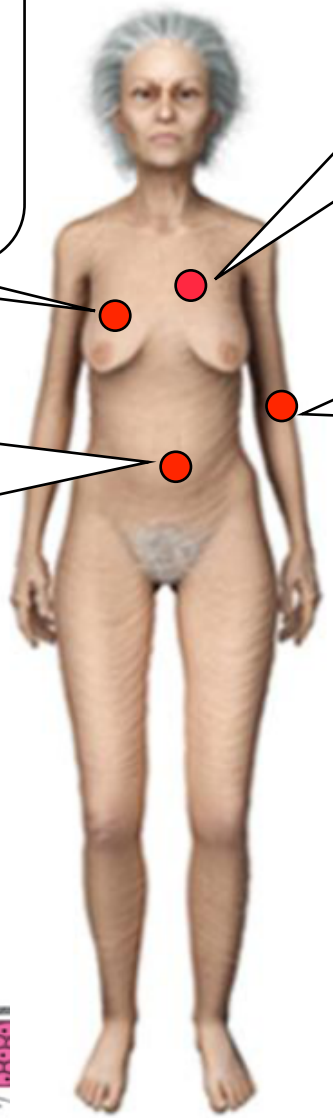
- Pressione Alta da molti anni:
  - assume Doxazosina 4mg 1c al giorno
- Frequenti dolori al collo, alla schiena, alle ginocchia e alle anche:
  - quando ha dolori assume Nimesulide 1-2 bustine/die per alcuni giorni
- Ha la Glicemia alta ed ogni tanto anche il Colesterolo:
  - dieta
- Fuma dall'età di 20 anni circa 30 sigarette al dì. ➔ 93 Pack-Years
  Il suo medico dice che ha una bronchite cronica.

Pack-Years= usato per descrivere il numero di sigarette c
persona ha fumato nel tempo.
Un anno pack = 20 sigarette fumate al giorno per un ann

Esame Obiettivo

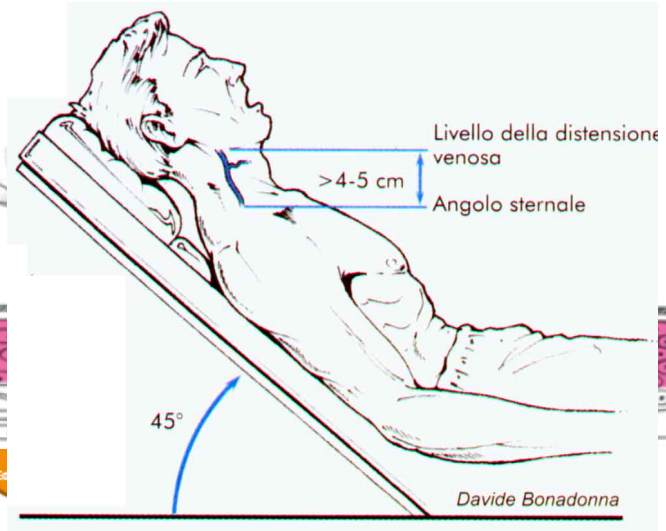
TORACE:
Frequenza: 22 m'
Fremito vocale tattile: nn.
Suono chiaro polmonare.
Respiro aspro diffuso, con sibili inspiratori ed espiratori.

CUORE:
Frequenza: 88 m' ritmico.
Itto della punta: V° spazio IC, emiclaveare sin.
Toni tachicardici, pause libere



Altezza: 162cm
Peso: 58Kg - BMI: 23
PA: 150/90 mm Hg
Polso: 88 m', ritmico.
Polsi periferici: presenti normo-isosfigmici.

ADDOME:
Trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione.
Fegato e milza nei limiti.
Non masse anomale.



Altro?
Edema periferi~~co~~:
Turgore delle giugulari: no
Tosse con catarro
Cute: nn

SIMPeSV
Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita

Quindi Savina ha le seguenti Patologie Croniche:

- ✓ **Ipertensione arteriosa**
- ✓ **Diabete Mellito Tipo 2** (?)
- ✓ **Osteoartrosi** (?)
- ✓ **BPCO** (?)

THE AMERICAN JOURNAL of MEDICINE®

Can Moderate Chronic Obstructive Pulmonary Disease Be Diagnosed by Historical and Physical Findings Alone?

ROBERT G. BADGETT, M.D., DAVID J. TANAKA, M.D., DEBRA K. HUNT, M.D., M.S.P.H., MARTINA J. JELLEY, M.D., LAWRENCE E. FEINBERG, M.D., JOHN F. STEINER, M.D., M.P.H., THOMAS L. PETTY, M.D., *Denver, Colorado*

February 1993 The American Journal of Medicine Volume 94

Reperto clinico	Sensibilità %	Specificità %	LR +	LR -
Respiro sibilante	13-56	86-99	6,0	NS
Crepitii inspiratori	25-77	97-98	14,6	NS
SEGNI COMBINATI				
Almeno 2 su 3 dati (*)	67	97	25,7	0,3

(*)

1. Fumo di 70 pack-years o più
2. Auto dichiarazione del paziente sulla presenza di storia di Bronchite cronica e/ o Enfisema
3. Diminuzione del suono respiratorio

Progetto strategico mondiale per la diagnosi, trattamento e prevenzione della BPCO 2011:

Diagnosi

SINTOMI

Dispnea

Tosse cronica

Espettorato cronico

FATTORI DI RISCHIO

Fumo di tabacco

Esposizione lavorativa

Inquinamento domestico o ambientale

SPIROMETRIA: FEV1/FVC <0.70

indispensabile per porre diagnosi di BPCO

Quindi Savina ha le seguenti Patologie Croniche:

- ✓ **Ipertensione arteriosa**
- ✓ **Diabete Mellito Tipo 2** (?)
- ✓ **Osteoartrosi** (?)
- ✓ **BPCO** quale Stadio (?)

TERAPIA ATTUALE

Dosaxozina 4mg 1c/die
Dieta
Nimesulide al bisogno
Fuma!!

Ha fatto esami di recente?

«No!»

È 3 anni che non fa più esami perché orami è anziana ed il vecchio Medico le diceva sempre che alla sua età non servono più.

COSA FATE?

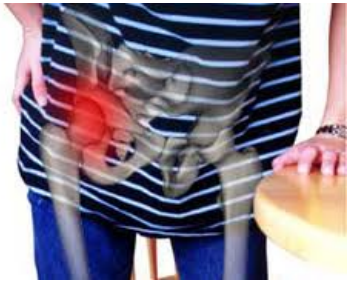
EMATOCHIMICI:

- Glicemia
- Creatininemia
- HbA1c
- Colesterolo Tot.
- Colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Microalbuminuria
- Uricemia
- Esame urine
- Sodio
- Potassio
- ALT
- GGT
- Emocromo
- VES
- PCR
- Altro?

ESAMI STRUMENTALI:

- ECG
- Rx Torace
- Spirometria
- Rx articolazioni dolenti

+ Col. Dorsale



EMATOCHIMICI:

Glicemia	253 mg%	
Creatininemia	0,9 mg%	➔ VFG sec. MDRD: 64ml/min
Emoglobina glicata	64 mmol/mol	➔ 8,0%
Colesterolo Tot.	265 mg%	
Colesterolo HDL	35 mg%	➔ LDL: 172mg%
Trigliceridi	292 mg%	
Microalbuminuria	15 µg/mg (vn <20)	
Uricemia	4,4 mg%	
Esame urine	Glicosuria +	
Sodio	142 mEq/l	
Potassio	4,3 mEq/l	
ALT	18 U/l	
GGT	35 U/l	
Emocromo	nn	
VES	14 mm/h	
PCR	0,3 mg/dl	

IFCC (mmol/mol)	*DCCT-NGSP (%)*
48	6,5
49	6,6
50	6,7
51	6,8
52	6,9
53	7,0
54	7,1
55	7,2
56	7,3
57	7,4
58	7,5
59	7,5
60	7,6
61	7,7
62	7,8
63	7,9
64	8,0
65	8,1
66	8,2
67	8,3
68	8,4
69	8,5
70	8,6
71	8,6
72	8,7
73	8,8
74	8,9
75	9,0

CRITERI DIAGNOSTICI PER DIABETE MELLITO

A. CRITERI DIAGNOSTICI

RACCOMANDAZIONI

In *assenza* dei sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, confermato in almeno due diverse occasioni di:

- glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (con dosaggio su prelievo eseguito al mattino, alle ore 8 circa, dopo almeno 8 ore di digiuno)

oppure

- glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio (eseguito con 75 g)

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

oppure

- HbA_{1c} ≥ 6,5% (solo con dosaggio standardizzato secondo raccomandazioni di cui a pag. 30)

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A*)

* A condizione che il dosaggio dell'HbA_{1c} sia standardizzato, allineato a IFCC e che si tenga conto dei fattori che possono interferire con il dosaggio della glicata.

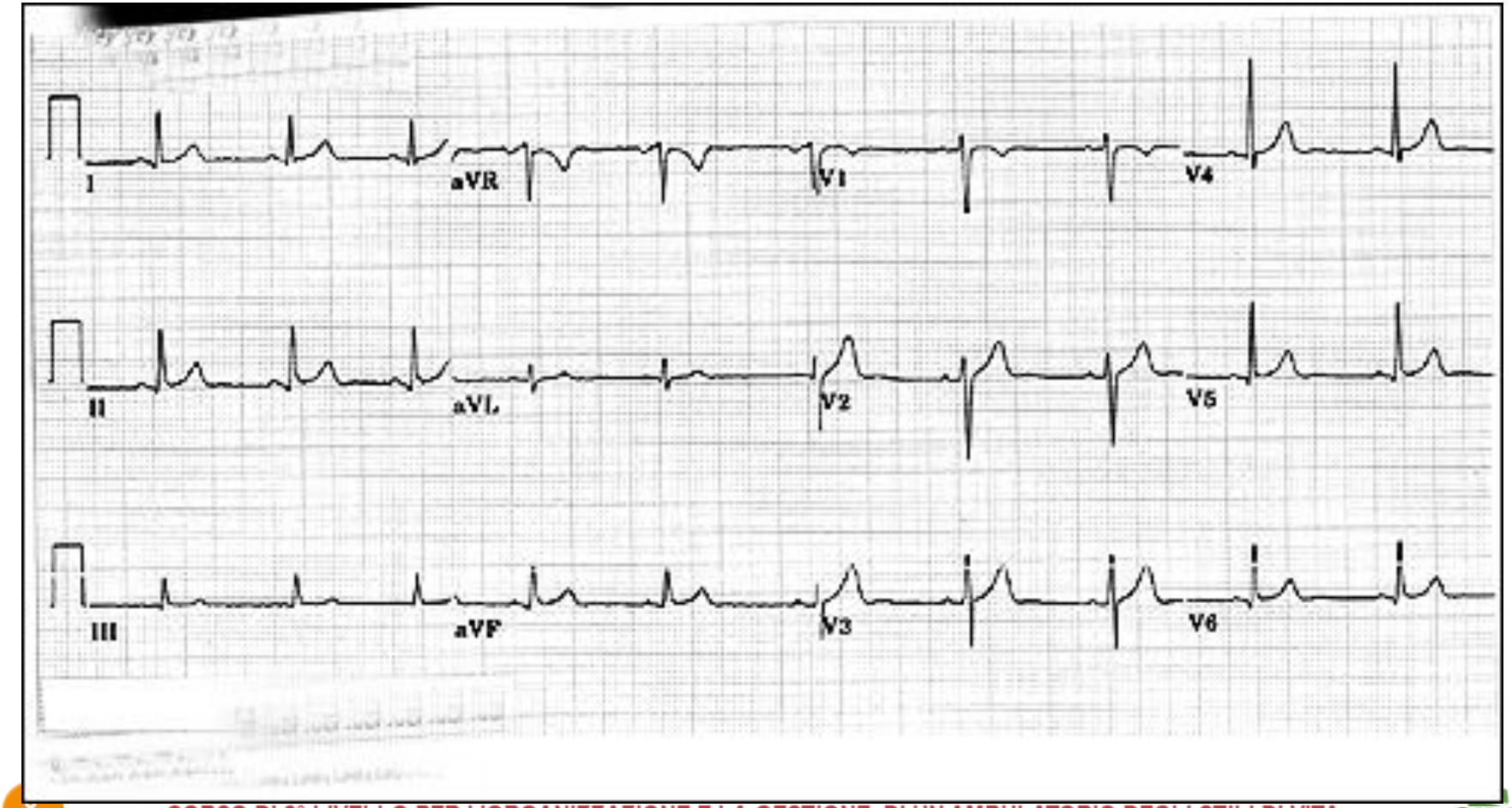
In *presenza* di sintomi tipici della malattia, la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, anche in una sola occasione di:

- glicemia casuale ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo).

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

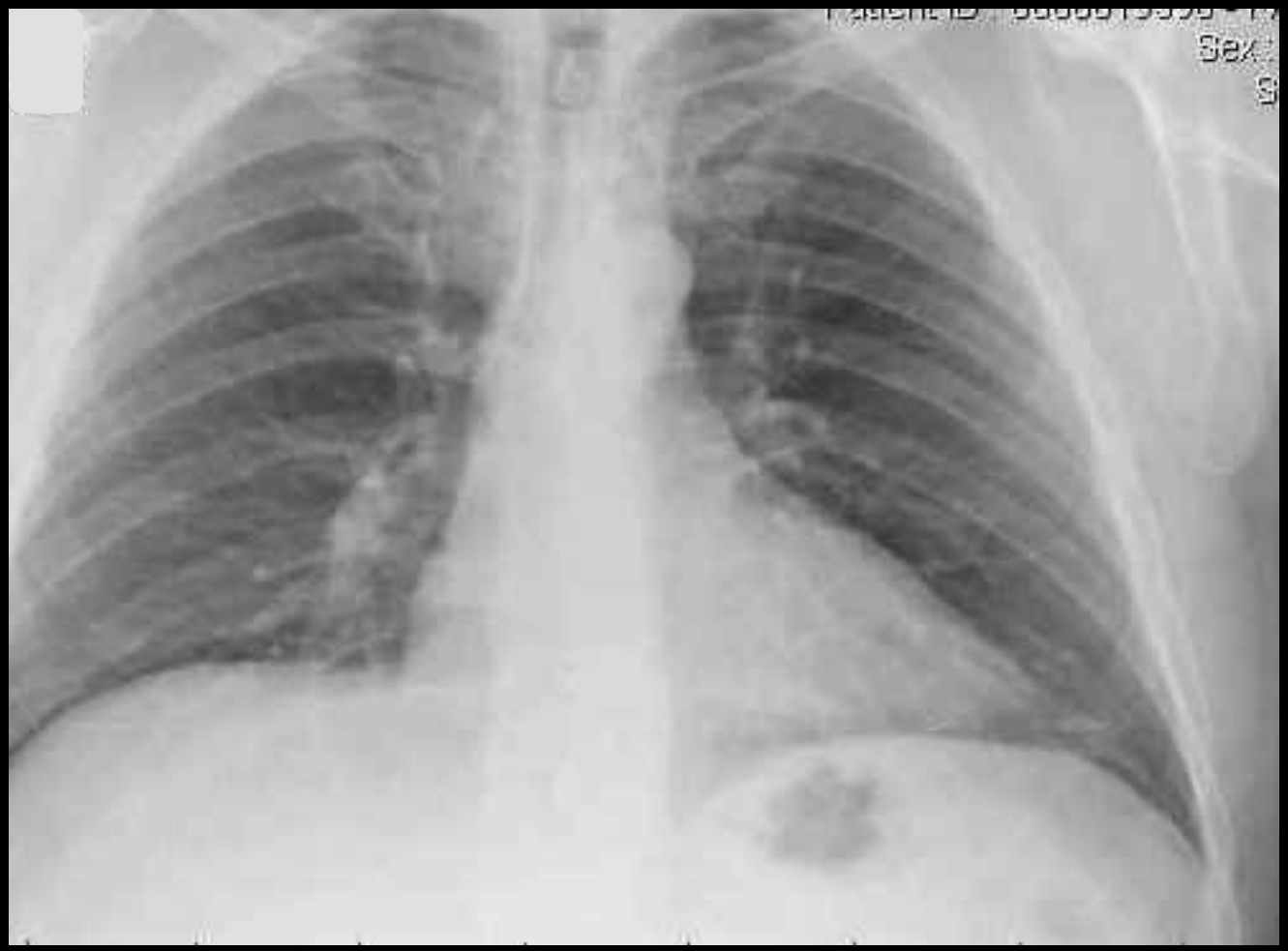
ESAMI STRUMENTALI:

ECG:



ESAMI STRUMENTALI:

Rx Torace



ESAMI STRUMENTALI:
Spirometria

		oss.	teorici	%	lim.
VC	l	2.34	3.68	74	↓2.76-4.60
FVC	l	2.33	3.54	76	↓2.54-4.54
FEV1	l	0.86	2.70	52	↓1.86-3.54
FEV1/ FVC	%	36.68	74.14	68	↓62.3-85.9

FEV1/FVC =0.68
FEV1 =52%

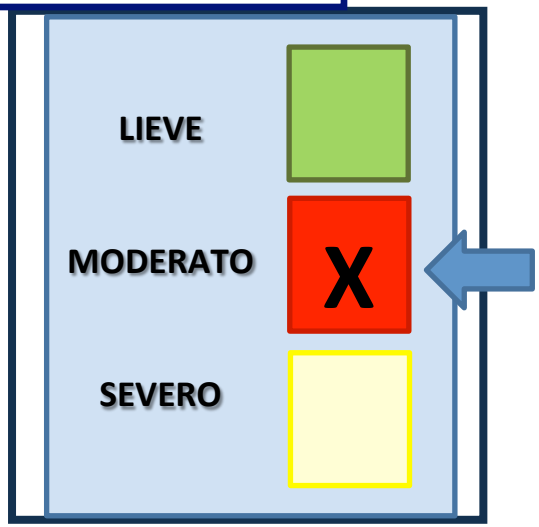
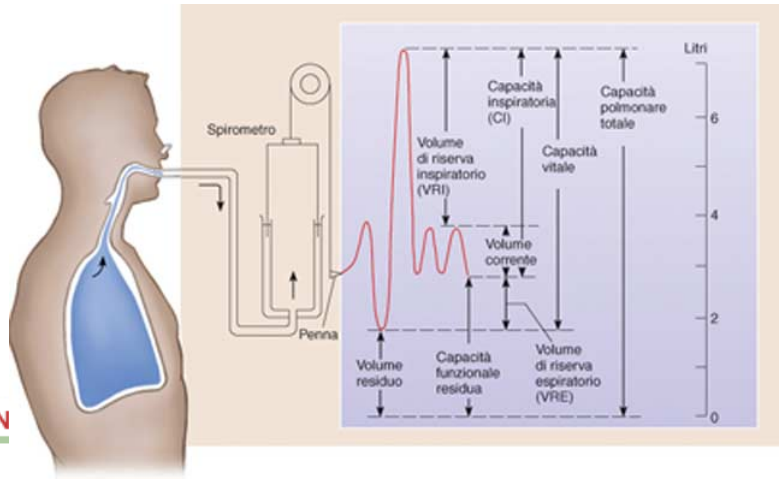


Table 2. Spirometric Classifications of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Classification	Definition
GOLD	
Mild	FEV_1–FVC ratio <0.70 FEV_1 ≥80% predicted
Moderate	FEV_1–FVC ratio <0.70 ≤50% FEV_1 <80% predicted
Severe	FEV_1–FVC ratio <0.70 ≤30% FEV_1 <50% predicted
Very severe	FEV_1–FVC ratio <0.70 FEV_1 ≤30% predicted or FEV_1 <50% predicted plus chronic respiratory failure



ESAMI STRUMENTALI:
Sintomatologia

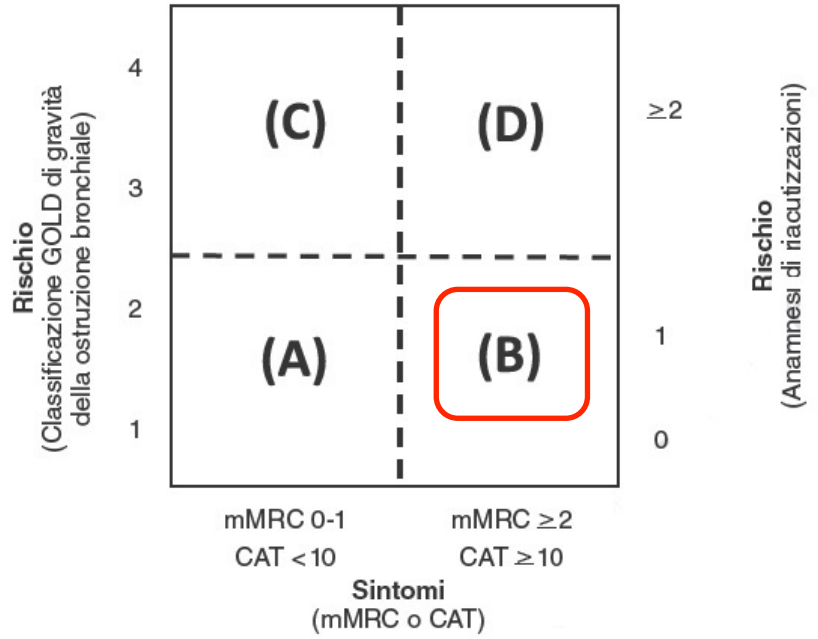
TABELLA 2.4 Questionario modificato del *Medical Research Council* per la valutazione del grado di dispnea

PER FAVORE BARRARE LA CASELLA CHE VI RIGUARDA (UNA SOLA)

mMRC Grado 0. Ho dispnea solo per sforzi intensi.	☐
mMRC Grado 1. Mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita.	☐
mMRC Grado 2. Su percorsi piani cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale.	☒
mMRC Grado 3. Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti.	☐
mMRC Grado 4. Mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi.	☐

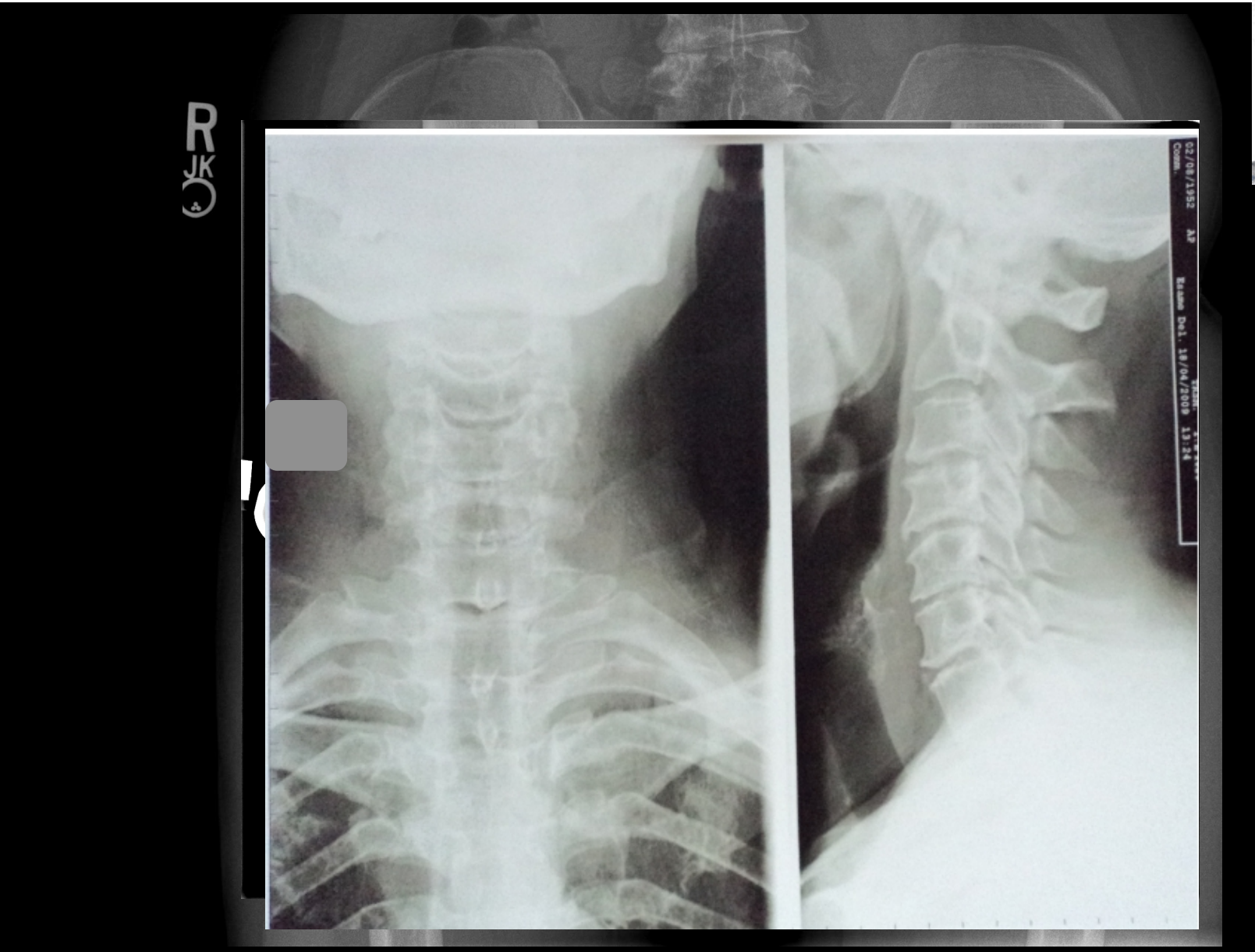
Table 2. **Spirometric Classifications of Chronic Obstructive Pulmonary Disease***

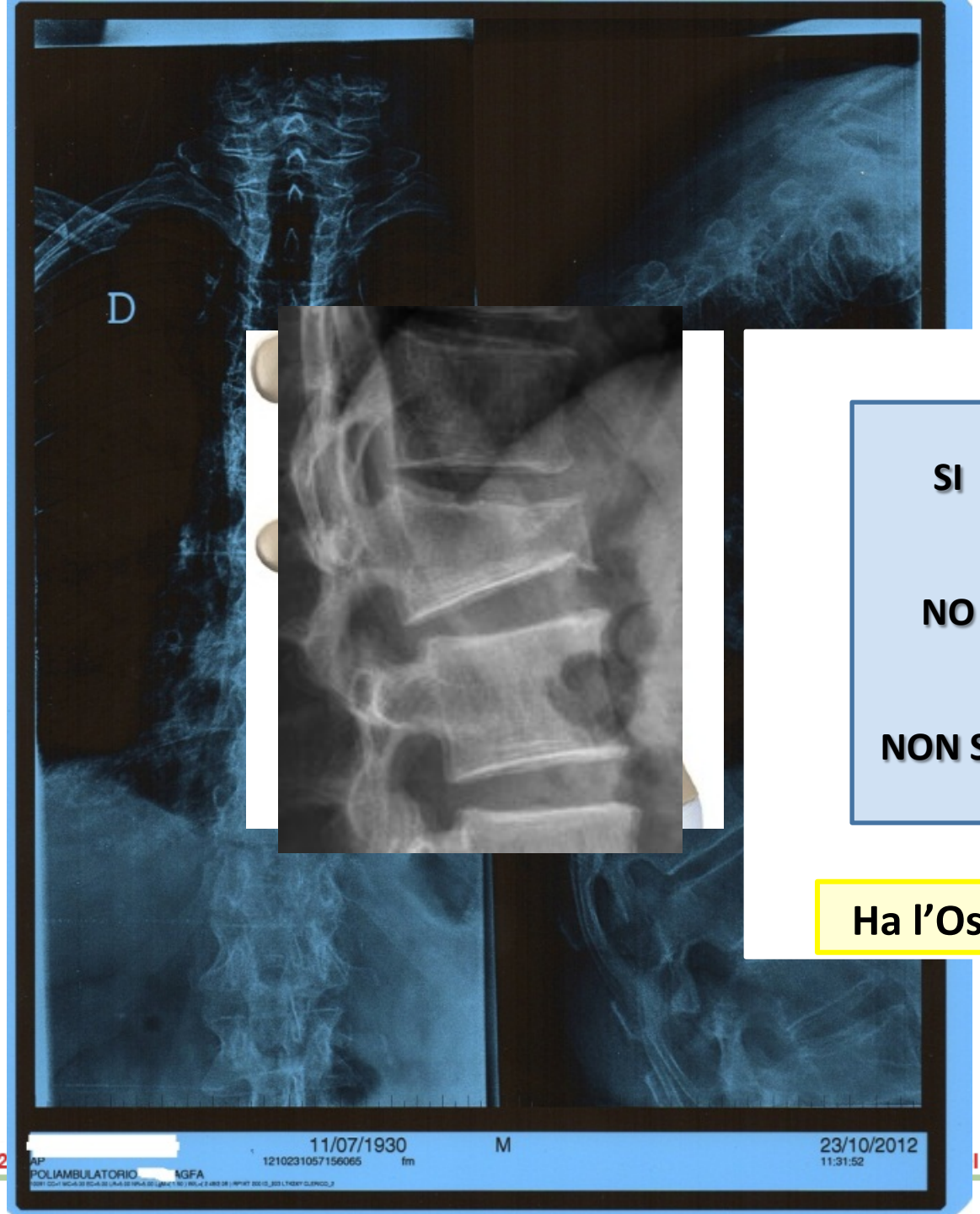
Classification	Definition
GOLD	
Mild	FEV_1–FVC ratio <0.70 FEV_1 ≥80% predicted
Moderate	FEV_1–FVC ratio <0.70 ≤50% FEV_1 <80% predicted
Severe	FEV_1–FVC ratio <0.70 ≤30% FEV_1 <50% predicted
Very severe	FEV_1–FVC ratio <0.70 FEV_1 ≤30% predicted or FEV_1 <50% predicted plus chronic respiratory failure



ESAMI STRUMENTALI:

Rx articolazioni dolenti





SI	X
NO	
NON SO	

Ha l'Osteoporosi?

REGIONE PIEMONTE

Bollettino Ufficiale Regione Piemonte - Parte I e II *numero 37 - 13 settembre 2007*

Allegato

INDICAZIONI SULL'APPROPRIATO UTILIZZO DELLA DENSITOMETRIA OSSEA NEL CAMPO DELL'OSTEOPOROSI

T SCORE	AUMENTO DEL RISCHIO PER FRATTURA	CATEGORIA OMS
≥ -1	rischio basso	Normale
-1 < e >-2.5	rischio moderato (4 volte)	Osteopenia
≤ -2.5	rischio elevato (8 volte)	Osteoporosi
≤-2.5 e/o Frattura	rischio molto elevato (20 volte)	Osteoporosi Grave o Conclamata

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato) B

È raro avere un Paziente così?

QUALE TERAPIA?

AUMENTANO LE PERSONE CON PATOLOGIE CRONICHE

In Italia le persone con più di 65 anni per i 2/3 hanno 2 o più patologie croniche e per 1\4 ha 4 o più patologie croniche.

La Spesa Sanitaria per le persone con 3 o più patologie croniche rende conto dell'89% della Spesa Sanitaria Nazionale

anni e più (valori%) – tabella complessiva

Alzheimer, demenze senili	*0,9*
Altre malattie del sistema nervoso	*0,7*
Gravi malattie della pelle	*0,6*
Parkinsonismo	*0,6*
Cirrosi epatica	*0,3*

Fonte: ISTAT - *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* (2005)

Quindi la Paziente è affetta da:

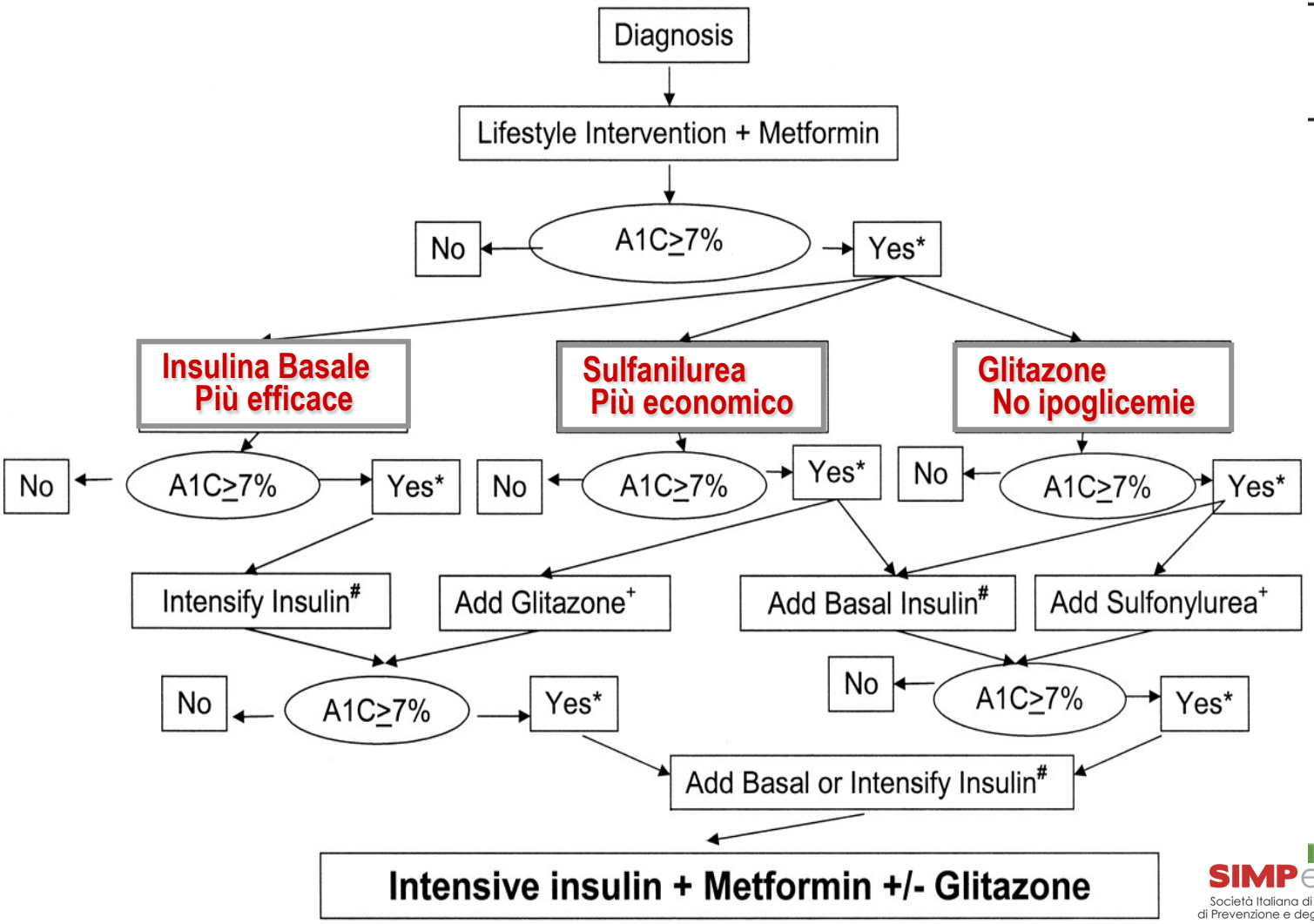
1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	Solo dieta ☐ Biguanide X ← Sulfanilurea ☐	
Ipertensione Arteriosa		
OsteoArtrosi		
Osteoporosi Grave		
BPCO		

Diabetes Care
29, 1963-1972;2006

Diabetologia
49, 1711-1721;2006

Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy



SIMPeSV IP
Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita

Flow-chart per la terapia del diabete mellito di tipo 2.

DIAGNOSI

Intervento su stile di vita

Metformina

Metformina + insulina basale

Metformina + glitazone

Metformina + analogo GLP1

Metformina + gliptina

Metformina + sulfonilurea o glinide

Metformina + sulfonilurea o glinide + glitazone

Metformina + sulfonilurea o glinide + analogo GLP1

Metformina + sulfonilurea + gliptina*

Metformina + insulina basale

Metformina + sulfonilurea o glinide + insulina basale

Metformina + insulina basal-bolus

6^ Edizione

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die.	
Ipertensione Arteriosa		
OsteoArtrosi		
Osteoporosi Grave		
BPCO		

TARGET METABOLICI

3. Dislipidemia e suo trattamento

RACCOMANDAZIONI

Obiettivi

- Il colesterolo LDL deve essere considerato l'obiettivo primario della terapia e l'obiettivo terapeutico da raggiungere è rappresentato da valori < 100 mg/dl. (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione A**)
- Nei diabetici con malattia cardiovascolare e fattori multipli di rischio cardiovascolare non correggibili, valori di colesterolo LDL < 70 mg/dl possono rappresentare un obiettivo terapeutico opzionale. (**Livello della prova II, Forza della raccomandazione B**)
- Ulteriore obiettivi della terapia sono il raggiungimento di valori di trigliceridi < 150 mg/dl e di colesterolo HDL > 40 mg/dl nell'uomo e > 50 mg/dl nella donna. (**Livello della prova III, Forza della raccomandazione B**)
- Il colesterolo non HDL può essere utilizzato come obiettivo secondario (30 mg in più rispetto ai valori di colesterolo LDL) in particolare nei diabetici con trigliceridemia superiore a 200 mg/dl. (**Livello della prova III, Forza della raccomandazione B**)

HbA_1c: <7,0% (alcuni Pz 6,5%)

Glic. Digiuno: 70-130 mg/dl

Glic. post-p.: <140 mg/dl

Col. Totale: <175 mg/dl

Col. LDL: <100 mg/dl

Col. HDL: >40 mg/dl

Trigliceridi: <150 mg/dl

PAS: <130 mmHg

PAD: <80 mmHg

Efficacia comparativa delle statine disponibili

Dose (mg) di farmaco						% Riduzione	
Atorvastatina	Simvastatina	Lovastatina	Pravastatina	Fluvastatina	Rosuvastatina	TC	LDL-C
—	10	20	20	40	-	22	27
10	20	40	40	80	5	27	34
20	40	80			10	32	41
40	80				20	37	48
80					40	42	55

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg.	
Ipertensione Arteriosa		
OsteoArtrosi		
Osteoporosi Grave		
BPCO		

TARGET METABOLICI

6. Farmaci antiaggreganti piastrinici

RACCOMANDAZIONI

- La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico (75-162 mg/die) è indicata nei diabetici con pregresso evento cardiovascolare, cerebrovascolare o con arteriopatia obliterante periferica. (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione A**)
- La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico è indicata nei diabetici di età superiore a 40 anni e con almeno un fattore di rischio cardiovascolare (ipertensione, fumo di sigaretta, dislipidemia, familiarità per eventi cardiovascolari, microalbuminuria). (**Livello della prova II, Forza della raccomandazione B**)

5. Cessazione del fumo

RACCOMANDAZIONI

- Gli operatori sanitari devono consigliare a tutte le persone con diabete la sospensione del fumo di sigaretta. (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione A**)

HbA_1c: <7,0% (alcuni Pz 6,5%)

Glic. Digiuno: 70-130 mg/dl
Glic. post-p.: <140 mg/dl

Col. Totale: <175 mg/dl
Col. LDL: <100 mg/dl
Col. HDL: >40 mg/dl
Trigliceridi: <150 mg/dl

PAS: <130 mmHg
PAD: <80 mmHg

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa		
OsteoArtrosi		
Osteoporosi Grave		
BPCO		

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	Ace-Inibitore [X] Inib. Rec. Angio [ ] Alfa-litico [ ]	
OsteoArtrosi		
Osteoporosi Grave		
BPCO		

TARGET METABOLICI

4. Ipertensione e suo trattamento

RACCOMANDAZIONI

Obiettivi

- Il trattamento antipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione sistolica < 130 mmHg. (**Livello della prova III, Forza della raccomandazione B**)
- Il trattamento antipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione diastolica < 80 mmHg. (**Livello della prova II, Forza della raccomandazione B**)
- Un obiettivo pressorio < 125/75 mmHg è raccomandato nei soggetti diabetici con proteinuria > 1 g/die. (**Livello della prova II, Forza della raccomandazione B**)
- In assenza di comorbilità, i farmaci di prima scelta sono: ACE-inibitori, ARB (antagonisti del recettore dell'angiotensina II), calcioantagonisti e diuretici (ordine alfabetico) per la loro provata efficacia nel ridurre gli eventi vascolari nel paziente diabetico. (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione A**)
- Gli α-litici sono tra i farmaci di ultima scelta nel trattamento dell'ipertensione nel diabete. (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione D**)

HbA_1c: <7,0% (alcuni Pz 6,5%)

Glic. Digiuno: 70-130 mg/dl

Glic. post-p.: <140 mg/dl

Col. Totale: <175 mg/dl

Col. LDL: <100 mg/dl

Col. HDL: >40 mg/dl

Trigliceridi: <150 mg/dl

PAS: <130 mmHg

PAD: <80 mmHg

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi		
Osteoporosi Grave		
BPCO		

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	**FANS** ☐ **Paracetamolo** ☒ ← **Oppiaceo** ☐	
Osteoporosi Grave		
BPCO		

EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT)

1. The optimal management of hip OA requires a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities
2. The treatment of hip OA should be tailored according to:
   - *Hip risk factors (obesity, adverse mechanical factors, physical activity, dysplasia)*
   - *General risk factors (age, sex, comorbidity, co-medication)*
   - *Level of pain intensity, disability, and handicap*
   - *Location and degree of structure damage*
   - *Wishes and expectations of the patient*
3. Non-pharmacological treatment of hip OA should include regular education, exercise, appliances (stick, insoles) and weight reduction if obese or overweight
4. Because of its efficacy and safety paracetamol (up to 4 g/day) is the oral analgesic of first choice for mild-moderate pain and, if successful, is the preferred long term oral analgesic
5. NSAIDs, at the lowest effective dose, should be added or substituted in patients who respond inadequately to paracetamol. In patients with increased gastrointestinal risk, non-selective NSAIDs plus a gastroprotective agent, or a selective COX-2 inhibitor (coxib) should be used

Table 3 Evidence of efficacy—pooled effect size (ES) and number needed to treat (NNT)

Intervention	Studies					
	Category*	No	Duration	ES_{pain} (95% CI)	$ES_{function}$ (95% CI)	NNT (95% CI)
Education	Ib	1	24 months	–	–	–
Weight loss	III	12	–	–	–	–
NSAIDs	Ia	14	1–20 weeks	0.69 (0.12 to 1.26)	–	4 (3 to 6)
Opioids	Ib	1	4 weeks	0.78 (0.38 to 1.18)	0.78 (0.26 to 1.30)	NS
Chondroitin sulphate	Ib	1	6 months	–	–	–
Avocado soybean unsaponifiable	Ib	2	6–12 months	0.31 (−0.64 to 1.26)	0.52 (−0.36 to 1.40)	–
Diacerhein	Ib	1	3 years	0.00 (−0.17 to 0.17)	0.00 (−0.17 to 0.17)	–
Hyaluronic acid	III	3	3–12 months	–	–	–
Intra-articular steroid	Ib	1	3 months	–	–	NS
Osteotomy	III	9	2–20 years	–	–	–
THR	III	118	2–20 years	–	–	–

*See table 1 for definitions.
No, number of studies; ES, effect size of treatment compared with placebo unless otherwise stated; NNT, number needed to treat to obtain moderate to excellent (>50%) pain relief or symptomatic improvement; –, not available; NS, not significant.

6^ Edizione
MP SV

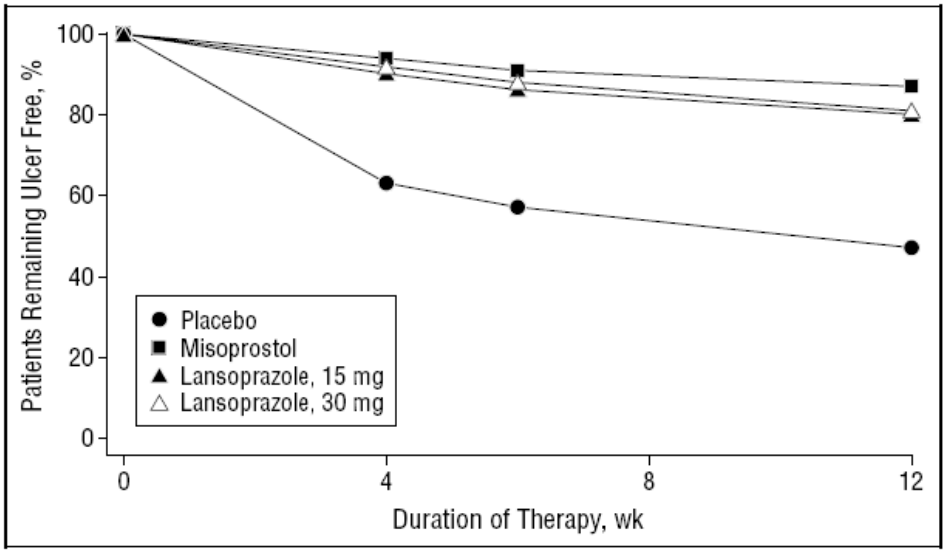
Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die.	
Osteoporosi Grave		
BPCO		

ARCHIVES OF
INTERNAL MEDICINE
ORIGINAL INVESTIGATION
Arch Intern Med. 2002;162:169-175

Ulcer Prevention in Long-term Users of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs



AIFA
Agenzia Italiana del Farmaco

Nota 1

La prescrizione a carico del SSN è limitata:

- **alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**
  - in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
  - in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi
- **purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio**
  - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
  - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonic
  - età avanzata.

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die. • Lansoprazolo 15mg.	
Osteoporosi Grave		
BPCO		

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die. • Lansoprazolo 15mg.	
Osteoporosi Grave	Vitamina D X Calcio X Farmaco Nota 79 X	
BPCO		

Nota AIFA 79

Agenzia Italiana del Farmaco

CONDIZIONE:

- Soggetti con pregresse fratture atraumatiche vertebrali o di femore
- Soggetti di età >50 anni e con T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno <-4 (o <-5 per ultrasuoni falangi)[1]
- Soggetti di età >50 anni e con T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno <-3 (o <-4 per ultrasuoni falangi)[1] + almeno uno tra:
  - storia familiare di fratture vertebrali
  - artrite reumatoide e altre connettiviti
  - pregressa frattura osteoporotica al polso
  - menopausa prima dei 45 anni di età
  - terapia cortisonica cronica

FARMACI:

Alendronato[2], Risedronato[2], Alendronato[2] + Vitamina D3, Ibandronato[2], Raloxifene[2], Ranelato di Stronzio[2]

NUOVA NOTA AIFA 79:

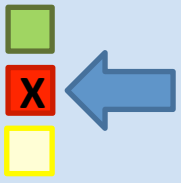
Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die. • Lansoprazolo 15mg.	
Osteoporosi Grave	• Calcio 500mg x2/die • Vitamina D 400Ux2/die • Alendronato 70mg/sett.	
BPCO		

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die. • Lansoprazolo 15mg.	
Osteoporosi Grave	• Calcio 500mg x2/die • Vitamina D 400Ux2/die • Alendronato 70mg/sett	
BPCO	**Steroidi** **Broncodilatatore** **Verde + Rosso** 	

TERAPIA DELLA BPCO AD OGNI STADIO

Precedente classificazione	0:A Rischio	I: Lieve	II: Moderata IIA IIB		III: Grave
Nuova classificazione	**0:A Rischio**	**I: Lieve**	**II: Moderata**	**III: Grave**	**IV: Molto grave**
Caratteristiche	▪ Sintomi cronici ▪ Esposizione a fattori di rischio ▪ Spirometria normale	▪ $FEV_1/CVF < 70\%$ ▪ $FEV_1 \geq 80\%$ ▪ Con o senza sintomi	▪ $FEV_1/CVF < 70\%$ ▪ $50\% > FEV_1 < 80\%$ ▪ Con o senza sintomi	▪ $FEV_1/CVF < 70\%$ ▪ $30\% > FEV_1 < 50\%$ ▪ Con o senza sintomi	▪ $FEV_1/CVF < 70\%$ ▪ $FEV_1 < 30\%$ o presenza di insufficienza respiratoria cronica o scompenso cardiaco destro

Evitare I fattori di rischio; vaccinazioni antinfluenzale

+ broncodilatatori a breve durata d'azione al bisogno

+ trattamento regolare con uno o più broncodilatatori a lunga durata d'azione
+ riabilitazione

+ steroidi per via inalatoria in caso di ripetute riacutizzazioni

+ O2 terapia a lungo termine in caso di insuff. respiratoria *Considera* i trattamenti chirurgici

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die. • Atorvastatina 20mg. • ASA 100mg.	
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg.	
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die. • Lansoprazolo 15mg.	
Osteoporosi Grave	• Calcio 500mg x2/die • Vitamina D 400Ux2/die • Alendronato 70mg/sett	
BPCO	• Salmeterolo 25µg x2/die.	

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	TERAPIA FARMACOLOGICA	STILE DI VITA
Diabete Mellito Tipo 2	• Metformina 500mg x3/die • Atorvastatina 20mg • ASA 100mg	• Dieta ipoglucidica ed ipolipidica • Controllo piedi • Attività aerobica moderata (30' die)
Ipertensione Arteriosa	• Ramipril 5mg • Idroclorotiazide 12,5mg	• Dieta iposodica • Attività aerobica moderata (30' die)
OsteoArtrosi	• Paracetamolo 1000 x 4/die • Naproxene 250mg x2/die • Lansoprazolo 15mg	• Assumere FANS a stomaco pieno • Evitare cibi gastrolesivi • Evitare esercizi con carico sulle articolazioni • Protezione articolazioni
Osteoporosi Grave	• Calcio 500mg x2/die • Vitamina D 400Ux2/die • Alendronato 70mg/sett	• Esercizi fisici per l'equilibrio non di carico • Bifosfonato a digiuno con 30' di stazione eretta • Dieta ricca di calcio
BPCO	• Salmeterolo 25µg x2/die	• Evitare gli sforzi fisici per risparmio energie

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	FARMACO ED ALTRE PATOLOGIE	INTERAZIONE CON ALTRO FARMACO	INTERAZIONE CON IL CIBO
Metformina	• No (Attenzione: IRC!)	• Sì (diuretici. Attenzione a Verapamil, Ranolazina, cort.)	• Cibo ↓assorbimento • No alcool
Atorvastatina	• No	• No (attenzione a macrolidi e antimicotici)	• Succo di pompelmo: debolezza, dolori muscolari
ASA	• No	• Con FANS ↑ rischio sanguinamento • ↓ effetto ACE-Inibitore	• Con Alcool aumenta rischio sanguinamento
Ramipril	• No	• No	• No
Idroclorotiazide	• ↑ glicemia e lipidi • ↓ osteoporosi	• No	• No
Naproxene	• ↑ pressione • ↑ rischio IRC	• Con ASA ↑ rischio sanguinamento • ↓ effetto diuretico	• No
Lansoprazolo	• No	• No	• No
Paracetamolo	• No	• No	• Associaz. negativa con l'alcool

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	FARMACO ED ALTRE PATOLOGIE	INTERAZIONE CON ALTRO FARMACO	INTERAZIONE CON IL CIBO
Calcio	• No	• ↓ efficacia ASA • Riduce il livello sierico di Alendronato	• Dà gastrite e nausea • ↓ il suo assorbimento se assunto con: Ac. Ossalico (spinaci) o Ac. Fitico (crusca e cereali)
Vitamina D	• ↑ equilibrio e forza muscolare	• No	• No
Alendronato	• No	• Con ASA aumenta la probabilità di RGE	• Va assunto a stomaco vuoto • Evitare succo di arancia
Beta-Agonisti	• Aumenta P.A. e freq. card; Possib. Iperglicemia.	• Sì. Diuretici → ipokaliemia • Con ACI-I → antagonismo	• No

Quindi la Paziente è affetta da:

1. Ipertensione Arteriosa
2. Diabete Mellito Tipo 2
3. OsteoArtrosi
4. Osteoporosi Grave
5. BPCO Stadio 2 (Moderato)

	COMPITI DEL MEDICO	COMPITI DEL PAZIENTE
Diabete Mellito Tipo 2 **Ipertensione Arteriosa** **OsteoArtrosi** **Osteoporosi Grave** **BPCO**	• Praticare Vaccinazione - Antinfluenzale - Antipneumococcica • Ogni visita controllo PA • Ogni 6 mesi controllo Piedi ed EO CardioVasc. e Neurologico • Es. laboratorio/Strumentali: - ogni 3-4 mesi (Glicemia, HbA1c, Es Urine, BMI e CV) - ogni 6 mesi funzionalità epatica (AST, ALT, GGT) e renale (Creatinina, Na, K) - ogni anno Colesterolo Tot, HDL, Trigliceridi, Acido Urico, Emocromo, Microalbuminuria, Calcolo del RCV, ECG, Spirometria, Fundus oculi • Educazione Pz per patologie	• Seguire le diete • Eseguire l'esercizio fisico programmato • Mantenere BMI tra 18,5 e 24,9 • Calzature adeguate • Assumere con regolarità i farmaci secondo le modalità prescritte • Evitare di fumare • Proteggere le articolazioni • Eseguire gli esami prescritti

Cynthia M. Boyd, MD, MPH

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases

JAMA. 2005;294:716-724

Table 1. Relevance of Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Older Patients With Diabetes Mellitus, Hypertension, Osteoarthritis, Osteoporosis, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

	Chronic Disease Addressed by Guideline				
	Diabetes Mellitus[19-32]	Hypertension[39]	Osteoarthritis[33-36]	Osteoporosis[40]	COPD[37,38]
Guideline addressed treatment for type of patient?	Older: yes Multiple comorbidities: yes Both: yes	Older: yes Multiple comorbidities: no Both: no	Older: yes Multiple comorbidities: yes Both: yes†	Older: no Multiple comorbidities: no Both: no	Older: no Multiple comorbidities: no Both: no
Quality of evidence discussed for type of patient?	Older: yes Multiple comorbidities: yes Quality of evidence poor, requires extrapolation for nutrition recommendations	Older: yes Multiple comorbidities: no Quality of evidence good for treating hypertension in older patients	Older: no Multiple comorbidities: no	Older: no Multiple comorbidities: no	Older: no Multiple comorbidities: no
Specific recommendations for patients with 1 comorbid condition?	Yes Diseases: hypercholesterolemia, hypertension, congestive heart failure, chronic kidney disease, cardiovascular disease, peripheral vascular disease, benign prostatic hypertrophy	Yes Diseases: coronary artery disease, diabetes mellitus, metabolic syndrome, sleep apnea, chronic kidney disease, gout, left ventricular hypertrophy, erectile dysfunction, peripheral vascular disease, congestive heart failure, stroke, dementia,* renal transplantation, renal artery stenosis, urinary outflow obstruction	Yes Diseases/drugs: anticoagulants, glucocorticoids, peptic ulcer disease, chronic kidney disease, hypertension, congestive heart failure	No	No
Specific recommendations for patients with several comorbid conditions?	Yes	No	No	No	No
Time needed to treat to benefit from treatment in the context of life expectancy discussed?	Yes	No	No	No	No

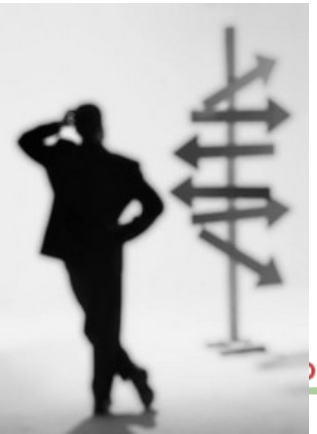
*Limited to the possible effects of antihypertensive treatment on preventing cognitive decline, not management of hypertensive patients with mild cognitive impairment or dementia.
†Limited to patients at highest risk of gastrointestinal tract bleeding with certain therapies.

6^ Edizione
I DI VITA
SIMPeSV
Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita

QUINDI PER SAVINA ABBIAMO PRESCRITTO:

- ✓ **12** Farmaci in **21** somministrazioni giornaliere
- ✓ **4** attenzioni giornaliere nell'assumere i farmaci
- ✓ **5** consigli dietetici da considerare ai 3 pasti
- ✓ **5** diverse modalità di svolgere l'attività fisica
- ✓ **8** compiti per il Paziente
- ✓ **10** compiti per il Medico

- ✓ **7** interazioni fra farmaci da considerare
- ✓ **7** interazioni dei farmaci con altre patologie presenti
- ✓ **9** interazioni con il cibo da considerare
- ✓ **2** incompatibilità di dieta da considerare
- ✓ **3** incompatibilità di attività fisica da considerare

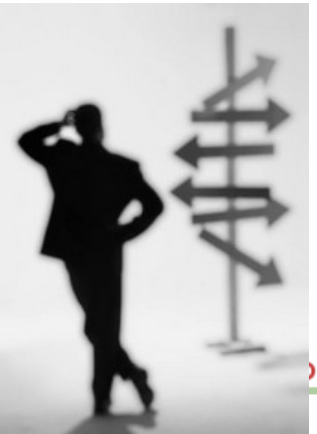


NON BASTA SAPERE LE COSE…

CONCLUSIONI

This review provides evidence that CPGs do not provide an appropriate, evidence-based foundation for assessing quality of care in older adults with several chronic diseases.

Questa review dimostra che le attuali linee guida non forniscono strumenti adeguati, evidence-based, per valutare la qualità delle cure nei pazienti anziani con patologie croniche multiple.



NON BASTA SAPERE LE COSE…