



Corso di Formazione Specialistica in Medicina Generale

**Le patologie dermatologiche in
Medicina Generale: epidemiologia,
tipologia e gestione**

Candidato: Dr Francesco Bruno

Relatore: Dr Giuliano Piccoliori

Corso 2019-2022

RINGRAZIAMENTI

I miei più sentiti ringraziamenti vanno ai Colleghi che hanno contribuito alla raccolta dei dati dei propri pazienti, al Dr Piccoliori per i suoi consigli, per il reclutamento dei Colleghi e per l'ideazione dello studio in questione.

Ringrazio inoltre chi ha condiviso questo pezzo del mio percorso con un abbraccio, un sorriso, un riconoscimento, un grido, un silenzio, una risata, una pazzia, amore.

In opportunità scelta

in scelta libertà

di libera brezza le mie vele.

INTRODUZIONE

Obiettivo dello studio retrospettivo proposto è quello di valutare scientificamente il lavoro del Medico di Medicina Generale in un ambito chiaramente settoriale ma con fondamentali ripercussioni nell'economia gestionale dell'ambulatorio di Medicina Generale: i problemi di pertinenza dermatologica.

Target specifici del qui presente lavoro sono stati:

- stimare statisticamente le tipologie di patologie osservate ambulatorialmente, inserendole in Macro-aree cliniche e ponendo l'accento su quali patologie interessassero una determinata fascia di età, anche in considerazione del presunto agente eziologico;
- stimare statisticamente la percentuale di pazienti inoltrati a visita specialistica, con particolare riferimento alla priorità richiesta;
- stimare la decisione diagnostico-terapeutica eventualmente intrapresa.

L'importanza che rivestono le patologie dermatologiche nella medicina generale è in via di aumento, sia per l'incremento delle prestazioni richieste dal paziente al Servizio Sanitario che per l'aumento delle caratterizzazioni diagnostiche, dell'attenzione della popolazione all'aspetto preventivo cutaneo e dell'aumento dell'attenzione verso l'aspetto estetico.

Questo comporta chiaramente un aumento delle prestazioni a carico dei servizi ospedalieri che dovranno, inevitabilmente, fare i conti con liste di attesa sempre crescenti [1], dovendo ad ogni modo garantire un accesso prioritario a pazienti affetti da patologie che, per ragioni di urgenza clinica o di rischio di progressione infausta, dovranno ineluttabilmente essere sottoposti più precocemente di altri a valutazione specialistica dermatologica.

In questa ottica molte Regioni Italiane e molti Paesi europei ed extraeuropei hanno trovato soluzioni per accorciare la tempistica per una valutazione specialistica: telemedicina [2], corsi di formazione per Medici di Medicina Generale con ruoli estesi (Es. GPwER), solo per citarne alcuni. Ciò si scontra purtroppo, nel caso

dell'ambito della Telemedicina con alcune limitazioni di stampo medico-legale e di tutela della Privacy e di ordine Legislativo per l'istituzione di Processi Formativi ulteriori a prosecuzione dell'Iter della Medicina Generale. Tutto ciò è in ogni modo correlato al presente lavoro, dato che ho ritenuto doveroso stimare quanto le tecnologie potrebbero non soltanto alleggerire il carico ospedaliero, ma potrebbero soprattutto riportare a centralità la figura del Medico di Medicina Generale nell'inquadramento diagnostico-terapeutico del Paziente, contribuendo a riportare il rapporto fiduciario (fiduciario-esperto) come preferibile rispetto a quello squisitamente "tecnico" [1].

L'impostazione che darò alla seguente Tesi sarà volutamente ibrida, ovvero un compromesso fra necessità scientifica e narrativa, le quali sono de facto entrambe indispensabili nella vita professionale del Medico di Medicina Generale.

INDICE

RINGRAZIAMENTI.....	2
INTRODUZIONE	3
1. BACKGROUND.....	1
2. METODI.....	2
3. RISULTATI	4
3.1. Dati generali.....	4
3.2. Risultati clinici	5
4. TERAPIA	19
5. ULTERIORI ANALISI E FOLLOW-UP	21
6. INVIO A VALUTAZIONE SPECIALISTICA	23
CONCLUSIONI	25
INDICE DEI GRAFICI	27
BIBLIOGRAFIA	28

1. BACKGROUND

Le patologie dermatologiche nelle Cure Primarie rappresentano, secondo diversi studi presenti in letteratura, una percentuale compresa fra il 3% ed il 18,8% [3], con una media di 8,4%. Studi precedenti, della fine degli anni '80 riportavano un dato compreso fra il 20 ed il 25% [4], con un trend in discesa, probabilmente dettato da un accesso più facile e diretto al servizio specialistico dermatologico pubblico e privato.

Ad ogni modo le patologie dermatologiche in generale rappresentano una fetta estremamente importante da un punto di vista clinico e prognostico dell'attività delle cure primarie e delle cure secondarie: basti considerare, in ambito neoplastico, che i tumori della pelle non melanoma rappresentano il tumore in assoluto più diffuso [5] e, tornando al nostro ambito territoriale, che l'incidenza di melanoma in Alto Adige è la maggiore in Europa, secondo uno studio preliminare pubblicato nel 2014 ad opera del Prof. Eisendle (Primario di Dermatologia dell'Ospedale di Bolzano) e del Dr Mazzoleni (Primario del reparto di Anatomia Patologica dell'Ospedale di Bolzano).

Altro fattore condizionante le patologie dermatologiche nella Provincia di Bolzano è l'assoluta prevalenza nella popolazione di fototipi 2 e 3, i quali hanno maggiore rischio di incorrere non soltanto più frequentemente in patologie neoplastiche della cute, ma anche di patologie non neoplastiche determinate dall'esposizione solare.

2. METODI

Sono stati reclutati per questo studio otto medici di Medicina Generale, con sede dello studio in posizioni differenti della Provincia di Bolzano. A questi colleghi è stato chiesto, in presenza di un Paziente con problematiche di interesse dermatologico, di completare una scheda in cui vi fossero le seguenti informazioni:

1. data della visita,
2. iniziali del nome del Paziente,
3. età,
4. genere,
5. tipo di problema,
6. localizzazione della/e lesione/i,
7. diagnosi/sospetto diagnostico,
8. richiesta o meno di consulenza dermatologica, con menzione al carattere “prioritario” della stessa,
9. richiesta o meno di esami di laboratorio a completamento diagnostico,
10. prescrizione o meno di terapia topica e/o sistemica,
11. esecuzione o meno di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale.

Non sono stati inclusi nello studio pazienti di cui la prima valutazione del disturbo fosse stata in prima istanza eseguita da parte di uno specialista.

Nota fondamentale ad introduzione del qui presente studio è il fatto che, laddove non sia stata confermata istologicamente o da specialista, è stata confermata la diagnosi formulata dal Medico di Medicina Generale la quale accuratezza, secondo stime di varie pubblicazioni internazionali, risulta essere comunque buona [6] [7] [8].

Per praticità ho suddiviso la sede delle attività lavorative dei Colleghi in questione in due aree: zone centrali e zone periferiche. Il criterio alla base di questa differenziazione è stato la distanza fra l’ambito territoriale di competenza del

Medico ed il più prossimo Ospedale: Colleghi con sede di ambulatorio nelle città altoatesine dotate di servizio dermatologico o nell'hinterland di esse sono stati annoverati nel gruppo dei medici di ambito territoriale urbano (2 Colleghi – sede Ambulatorio a Bolzano e Laives), i restanti di ambito territoriale periferico (6 Colleghi – sede Ambulatorio a Chienes, Cortaccia, Lana, Selva di Val Gardena). Chiaramente questo criterio ha un impatto sulla possibilità del Paziente di recarsi in tempi ragionevoli a valutazione specialistica. Pazienti distanti dal nosocomio saranno naturalmente meno incentivati a recarsi in Ospedale, con relativa maggiore compliance all'inquadramento diagnostico-terapeutico concordato con il Medico di Medicina Generale.

La valutazione del Paziente è stata fatta attraverso visita clinica ambulatoriale, a cui è seguita, ove richiesta, valutazione specialistica ai fini di completamento diagnostico e/o visite di controllo presso l'ambulatorio di Medicina Generale.

3. RISULTATI

3.1. Dati generali

Il periodo di osservazione è iniziato a Marzo del 2022 ed è durato una media di 4,5 settimane per Medico per un totale di 36 settimane di osservazione complessive.

Nel periodo di riferimento la percentuale di casi di interesse dermatologico fra i casi complessivi di 4 dei medici che hanno collaborato allo studio è stata fra il 1,45% ed il 7,85%, con una media che si è attestata al 4,44%.

Gli altri 4 medici che hanno collaborato allo studio non hanno potuto fornire una stima circa il carico complessivo di valutazioni ambulatoriali svolte e non sono stati quindi inseriti in quest'ultima valutazione.

Sono stati quindi inclusi nello studio 125 pazienti in totale, di cui 93 (il 74,4%) di provenienza "periferica" e 32 (il 25,6%) di provenienza "urbana".

Nel complessivo dei pazienti sono stati identificati 70 Pazienti donne (56% del totale) e 55 Pazienti uomini (44% del totale), con un rapporto F:M che si è attestato a 1,27:1.

L'età dei pazienti era in media di 56,2 anni con Deviazione Standard di 22,7 anni.

3.2. Risultati clinici

Vario è il ventaglio diagnostico riscontrato durante il periodo di osservazione. Per praticità ed esigenze grafiche le patologie sono state suddivise in sei macrogruppi:

- Neoplastico (30,4% dei casi),
- Infettivo (28% dei casi),
- Infiammatorio/Allergico (19,2% dei casi),
- Genetico/Autoimmune (8,8% dei casi),
- Da animali (4% dei casi),
- Vari (9,6% dei casi).

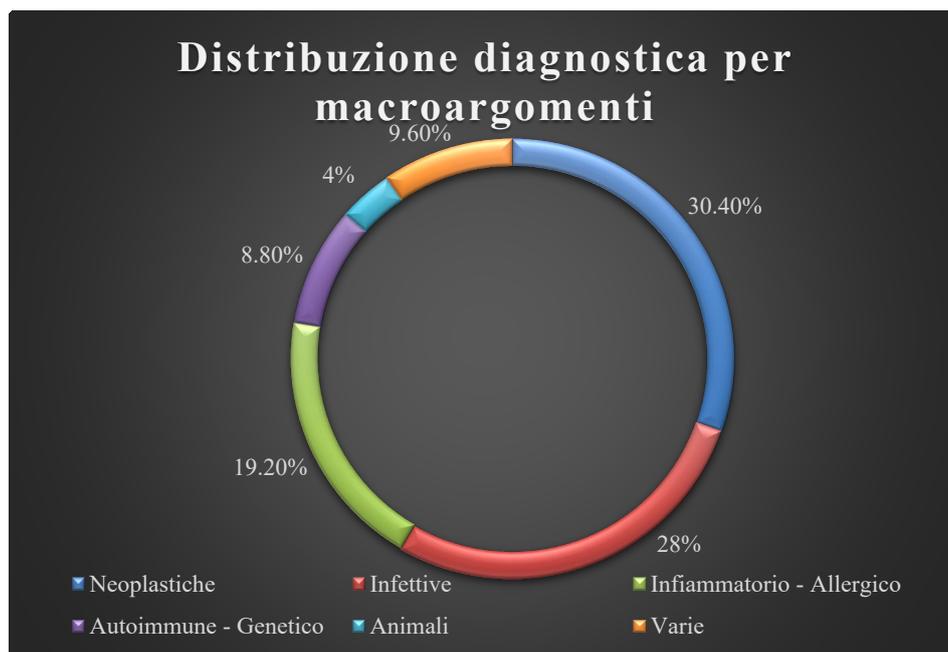


Grafico 1 - Distribuzione delle patologie per macroargomenti

Eseguirò l'analisi delle principali patologie che compongono i raggruppamenti seguendo un ordine di frequenza, elencando però innanzitutto, con la sottostante

Tabella 1, le patologie osservate nel periodo oggetto dello studio col relativo numero di casi.

Tabella 1 - Patologie osservate durante il periodo

<u>Neoplastiche 30,4%</u>	<u>N° Paz.</u>	<u>Animali 4%</u>	<u>N° Paz.</u>
Basalioma	10	Puntura insetto	2
Nevi	10	Morso zecca	2
Cheratosi attinica	7	Graffio gatto	1
Lipoma	4	Totale	5
Fibroma	3	<u>Infiammatorio - Allergico</u>	<u>N° Paz.</u>
Carcin. Spinocell./Cheratoacantoma	2	<u>19,2%</u>	
Angioma	1	Eczema	15
Melanoma	1	Orticaria/prurito	7
Totale	38	Iperpigmentazione	1
		Eritrodermia	1
<u>Infettive 28%</u>	<u>N° Paz.</u>	Totale	24
Micosi	8	<u>Autoimmune - Genetico 8,8%</u>	<u>N° Paz.</u>
Verruca simplex	6	Cheratosi seborroica	4
Ascesso	6	Pemfigoide bolloso	3
Zoster	4	Psoriasi	2
Pitiriasi	2	Vasculite	1
Follicolite	2	Neurofibroma	1
Pustole	2	Totale	11
Erisipela	1	<u>Varie 9,6%</u>	<u>N° Paz.</u>
Varicella	1	Ulcera	8
Condiloma	1	Gelone	1
Unghia incarnita infetta	1	Xerodermia	2
Parassitosi intestinale	1	Callo	1
Totale	35	Totale	12

- **Patologie neoplastiche:**

Rappresentano circa un terzo dei motivi di accesso all'ambulatorio per motivi dermatologici e generalmente anche le patologie che, in alcuni casi, sarebbero più da attenzionare o da trattare precocemente.

Il Carcinoma Basocellulare (o Basalioma) è stato riscontrato in 10 pazienti, occupando a pari merito con i Nevi Melanocitari la posizione della patologia neoplastica più frequente (al 26,31% dei pazienti con problema neoplastico è stato diagnosticato un BCC). Patologia dalla patogenesi legata fortemente all'esposizione solare diretta ed associata a fototipi chiari, non sorprende sia molto diagnosticata in Alto Adige.

I Nevi, portati all'attenzione del Crante da 10 Pazienti, come detto si attestano sulla stessa incidenza del BCC (26,31% dei pazienti con problematica neoplastica). Un così frequente riscontro ambulatoriale rende il concetto dell'alta attenzione della popolazione alla prevenzione di problematiche dermatologiche neoplastiche.

La Cheratosi Attinica, con 7 casi, rappresenta il 18,42% dei casi neoplastici dermatologici ambulatoriali. È una condizione precancerosa che, se non trattata, progredisce verso il carcinoma squamocellulare. Anch'essa risulta fortemente condizionata dal fototipo e dall'esposizione solare diretta.

A seguire, con 4 casi (10,52% dei casi), troviamo il Lipoma, neof ormazione benigna di origine adipocitica di scarsa significatività clinica, ma con alta prevalenza nella popolazione ed il Fibroma con 3 casi.



Figura 1 - (da sx a dx) Basalioma, Nevo melanocitico, Cheratosi attinica, Lipoma, Fibroma

Degno di nota, a mio avviso, è approfondire il risultato delle **patologie cutanee neoplastiche maligne**.

Fra le patologie neoplastiche maligne osservate in questo studio il sesso maschile con 11 casi rappresenta il 55% del numero di casi, mentre il sesso femminile con 9 casi si attesta al 45% del totale.

L'età di insorgenza media è stata di 76,2 anni con Deviazione Standard di 11,98 anni con un picco di comparsa nel decennio fra i 73 e gli 83 anni di età del Paziente.

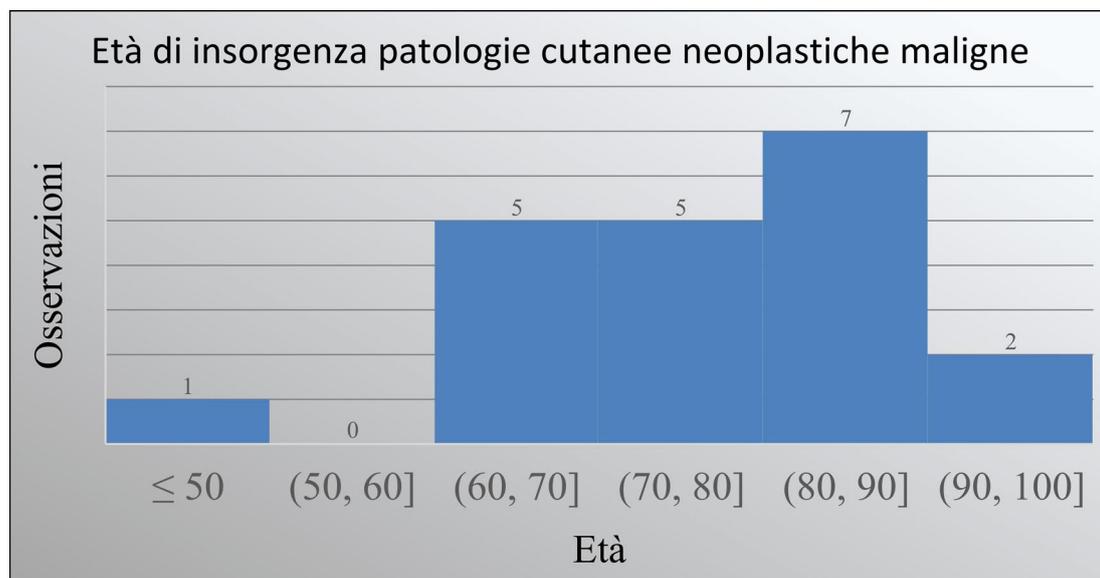


Grafico 2 - Età di insorgenza delle neoplasie maligne della cute

I casi osservati sono stati 20, il 52,63% di tutte le patologie neoplasiche riscontrate. In tutti i 20 casi si tratta di neoplasie con forte correlazione all'esposizione solare ed il distretto cutaneo di insorgenza perora inconfutabilmente questa ipotesi:

- Carcinoma Basocellulare (10 casi): 7 casi su capo e viso, 2 a livello degli arti superiori ed 1 caso a livello dell'addome;
- Cheratosi attinica (7 casi): tutti i 7 casi sono insorti sulla cute del massiccio cranio-facciale;
- Carcinoma spinocellulare / Cheratoacantoma (1 + 1 casi): insorti rispettivamente a livello del capo e del tronco;
- Melanoma (1 caso): insorto a livello della radice dell'arto superiore.



Figura 2 - (da sx a dx) Cheratoacantoma, Spinalioma, Melanoma

Fra le patologie benigne è stato di meritevole menzione il fatto che i Nevi, di frequente osservazione nello Studio (10 casi, corrispondenti al 8% di tutti gli accessi), siano stati in 4 casi attenzionati in quanto singola lesione. Questo può comportare chiaramente un importante fattore di inclusione nel caso si volesse sottoporre la valutazione successiva allo specialista tramite Teleconsulting.

- **Patologie infettive**

Fra le patologie infettive, che sottendono il 28% degli accessi per patologie cutanee in studio, di maggiore riscontro in questo Studio vi sono le micosi (8 casi, 6,4% degli accessi totali per patologie dermatologiche), patologie varie ed uniformemente presenti nelle varie fasce d'età, seppure con caratteristiche cliniche peculiari a seconda del fattore eziologico e dell'età del Paziente.

A seguire in ordine di frequenza vi sono le Verruche volgari, che rappresentano il 4,8% del totale degli accessi. Questa patologia, causata da vari Sierotipi di Papillomavirus umano, è tanto benigna quanto tendente a recidiva ed è più frequente nei pazienti in età giovanile e lavorativa, seppur non infrequente in età avanzata.

Di frequente riscontro è anche, con 6 casi totali ed il 4,8% di accessi, l'Ascesso cutaneo. Patologia chiaramente determinata da vari agenti patogeni, la sua distribuzione statistica propende verso la fascia d'età medio-avanzata.

Di ulteriore frequentissimo riscontro vi è l'Herpes Zoster, che viene riscontrato in 4 casi, rivestendo quindi il 3,2% degli accessi totali. Normalmente riscontrato in anzianità o nei giovani (<50 anni) in concomitanza a condizioni di immunocompromissione, è divenuto infrequente nei soggetti che abbiano eseguito la vaccinazione anti-VZV (riduzione del 69,8% del rischio di contrarlo).



Figura 3 - (da sx a dx) Micosi cutanea, Verruca volgare, Ascesso cutaneo, Herpes zoster

- **Patologie Infiammatorie/Allergiche**

A questo gruppo afferiscono varie condizioni diagnostico-cliniche, inserite in questo gruppo per ragioni eziologico-concettuali, dato che alcune condizioni come l'eczema sottendono in alcune delle forme (come la dermatite atopica) eziopatogenesi di stampo genetico-allergico, in altre (come l'eczema da contatto) eziopatogenesi di tipo chimico-irritativo.

Prima condizione patologica in ordine di frequenza all'interno del sovrappeso è il sopracitato Eczema che, con 15 casi osservati, rappresenta il 12% di tutti gli accessi registrati. Come sopra introdotto è una manifestazione patologica che sottende varie entità nosologiche, accomunate dalle stesse manifestazioni cliniche. La variabilità eziopatogenetica condiziona anche l'età di manifestazione dei sintomi che, nella nostra casistica, mostra due picchi di incidenza nei pazienti sotto i 30 anni (verosimile correlazione lavorativa) e sopra i 60 (maggiormente verosimile una eziopatogenesi irritativa).

In seconda posizione sulla base della frequenza osservata è stato il Prurito, in questa classificazione per macrogruppi riunito all'orticaria per via della comune risposta clinica normalmente istamino-mediata (pur comprendendo ovviamente numerosi altri possibili fattori eziologici, non obiettivabili attraverso questo studio). Il suddetto sintomo è stato osservato in 7 pazienti, il 5,6% di tutti i Pazienti visitati.

Casi singoli di eritrodermia (1) e di iperpigmentazione post-infiammatoria (1) sono stati osservati, ma per via della loro unicità non è possibile quantificarne l'impatto statistico sul totale della casistica in esame.



Figura 4 - (da sx a dx) Eczema, Orticaria, Eritrodermia, Iperpigmentazione post-infiammatoria

- **Patologie genetiche ed autoimmuni**

A questo macrogruppo afferiscono varie condizioni cliniche che impattano per il 8,8% del totale dei casi sottoposti a valutazione.

La condizione più rappresentata fra questi è stata la Cheratosi seborroica, lesione epiteliale benigna di origine sconosciuta tipica dell'anzianità con forte correlazione genetica in alcune varianti. I casi riscontrati sono stati 4, rappresentando il 3,2% della casistica totale. La prevalenza di questa condizione è molto più alta nella popolazione anziana, ma solo alcuni pazienti hanno considerato degna di valutazione da parte del proprio Curante la lesione subentrata.

Altra condizione frequente appartenente a questo gruppo è stato il Pemfigoide bolloso, condizione autoimmune tipica dell'anziano causata da autoanticorpi IgG

diretti verso l'Emidesmosoma che conducono a formazione di bolle subepidermiche. Il numero totale di casi osservati è stato di 3 pazienti, il 2,4% del totale.

In terza posizione per ordine di frequenza all'interno di questo raggruppamento si trova la Psoriasi con 2 pazienti, corrispondenti al 1,6% dei casi. La eziopatogenesi di questa patologia è multifattoriale, con elementi importanti di predisposizione genetica (Gene PSORS1 sul Cromosoma 6) che comportano una successiva infiammazione tissutale.

Ulteriori casi singoli di Neurofibroma (1) e di Vasculite cutanea (1), sono stati inseriti nella lista delle patologie osservate nel periodo.



Figura 5 - (da sx a dx) Cheratosi seborroica, Pemfigoide bolloso, Psoriasi, Neurofibroma

- **Patologie causate da animali ed insetti**

Questa categoria, che raggruppa patologie causate da animali, rappresenta il 4% dei casi e comprende 2 casi di puntura d'insetto, 1 paziente con graffio di gatto e 2 pazienti con morso di zecca. Utile è sottolineare il fatto che vi siano stati ben 2 casi di morso di zecca in un periodo dell'anno (Marzo) in cui la proliferazione delle Ixodide è molto più lenta rispetto ai mesi successivi. Questa constatazione esemplifica il concetto della diffusione di questi ematofagi in un territorio prevalentemente boschivo come quello Altoatesino, dove è d'uopo particolare attenzione alla prevenzione dell'encefalite trasmessa da zecche (TBE), provocata

da un Arbovirus del genere Flavivirus e della Malattia di Lyme, cagionata da un batterio del genere Borrelia. Interessante constatazione è stata che i 2 ambulatori dove è stata posta diagnosi ai 2 Pazienti (Laives e Bolzano) si trovino esattamente nella zona geografica della Provincia ove l'habitat per la proliferazione di questi parassiti risulta ottimale, che da diversi studi nazionali e provinciali risultano essere le zone della Bassa Atesina ed Oltradige.



Figura 6 - (da sx a dx) Morso di zecca, Puntura di imenottero, Graffio di gatto

- **Condizioni varie:**

A questa categoria fanno riferimento condizioni patologiche che non potevano, né per patogenesi né per clinica, essere incluse in altri gruppi.

Capofila per numero di Pazienti è risultata essere l'Ulcera cutanea, la quale con 8 casi rappresenta il 6,4% degli accessi. Patologia tipica dell'età avanzata, l'ulcera cutanea riconosce varie cause (allettamento, posture obbligate, malnutrizione, insufficienza cardiaca/circolatoria periferica) e va posta in diagnosi differenziale con ulcere da patogenesi neoplastica se insorgono su cute fotoesposta, data l'alta prevalenza di queste ultime.

Casi singoli sono stati inoltre osservati di Xerodermia (2), Ipercheratosi di patogenesi non infettiva (1), ed un caso di eritema pernio (o gelone).

Figura 7- (da sx a dx) Ulcera cutanea, Xerodermia, Ipercheratosi, Eritema pernio



Di particolare importanza ho inoltre ritenuto una ulteriore suddivisione dei casi di cui sopra ho trattato da un punto di vista eziologico. Di eguale rilevanza ritengo il suddividere le sovraccitate condizioni morbose seguendo un criterio che centralizzi le patologie in relazione all'età del paziente, dove le probabilità di incorrere nelle varie condizioni patologiche cambiano notevolmente e questo rappresenta un ulteriore criterio ed un utilissimo indizio per formulare diagnosi, indispensabile nelle Cure Primarie.

I pazienti sono stati suddivisi quindi in 3 gruppi, che tratterò singolarmente in virtù dei rischi relativi differenti:

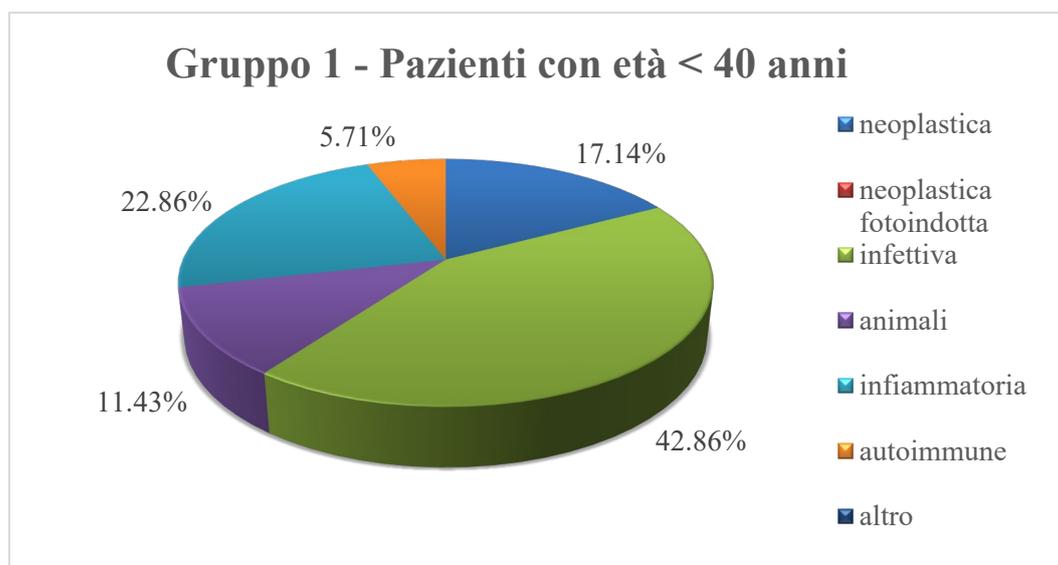


Grafico 3 - Distribuzione delle patologie nella fascia d'età fino a 40 anni

Gruppo 1 (Età<40)

Neoplastica	Neoplastica fotoindotta	Infettiva	Animali	Infiammatoria	Autoimm./ Genet.	altro	tot
6	0	15	4	8	2	0	35

In questo primo gruppo, che raggruppa 35 Pazienti, il 28% del totale degli accessi, si denota come il principale raggruppamento diagnostico sia quello che preveda una eziopatogenesi infettiva con il 42,86% dei casi in questa fascia d'età. Varie ragioni esplicano questo riscontro: maggiore attività fisica del giovane con maggiore rischio di contrarre verruche cutanee e micosi, tipiche dell'ambiente sportivo, maggiori contatti sociali, che rendono conto di patologie come varicella, maggiore attività sessuale e conseguente rischio di patologie sessualmente trasmesse come il condiloma acuminato.

In seconda posizione con il 22,86% dei casi si riscontra la categoria eziopatogenetica infiammatorio-allergica, con quadri molto frequenti di reattività cutanea allergica e notevole frequenza di sintomatologia pruriginosa, nonché di dermatite atopica ed eczema da contatto, di probabile concausa lavorativa. La reattività allergica istamino-mediata tende ad affievolirsi col passare dell'età, spiegando la diminuzione dei casi sottesi a questa eziopatogenesi nel corso delle successive decadi.

In terza posizione con il 17,14% dei casi si trova la categoria dei processi neoplastici, che sono consistiti in tutti i casi raccolti in processi benigni, di cui la maggiore frequenza risulta essere da attribuire ai Nevi cutanei, soprattutto singoli, agli Angiomi, ed ai Fibromi.

La quarta posizione in ordine di frequenza è occupata da patologie causate da animali, principalmente causate da punture di insetto e da animali domestici.

Gruppo 2 - Pazienti con età fra 40 e 60 anni

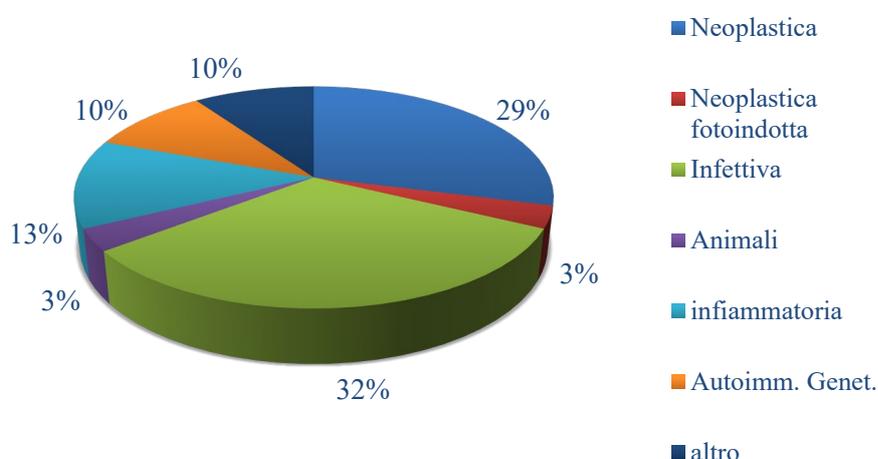


Grafico 4 - Distribuzione delle patologie nella fascia d'età fra 40 e 60 anni

Gruppo 2 (40 ≤ E < 60)

Neoplastica	Neoplastica fotoindotta	Infettiva	Animali	inflammatoria	Autoimm./ Genet.	Altro	tot
9	1	10	1	4	3	3	31

In questo secondo gruppo, che conta 31 Pazienti (il 24,8% del totale), troviamo una riduzione percentuale dell'eziopatogenesi infettiva, che si attesta al 32% delle cause d'accesso allo studio. Le cause principali sono verruche semplici, le quali in questo studio sono di più frequente riscontro nel 4° decennio di vita da attribuire principalmente ad attività sportiva (principalmente verruche plantari) e lavorativa. Ulteriori fattori di frequente riscontro sono: micosi, superifezioni di cisti sebacee, follicoliti, Herpes Zoster (principalmente nel 5° e 6° decennio).

In seconda posizione in ordine di frequenza si riscontrano le patologie di carattere neoplastico, dove è stato interessante riscontrare un aumento delle condizioni a carattere generalizzato come la valutazione di più nevi e la comparsa di formazioni sospette in 5° e 6° decade. Vi sono state solo 2 condizioni di tipo neoplastico maligno: 1 caso di Melanoma in un uomo di 43 anni ed un Nevo displastico. Si è

riscontrata inoltre maggiore frequenza di Lipomi ed Angiomi, entrambe condizioni di carattere benigno maggiormente frequenti con l'invecchiamento cutaneo.

Le condizioni infiammatorie ed allergiche rappresentano il 13% delle condizioni osservate in questa categoria. La condizione clinica di più frequente riscontro è stato l'eczema, principalmente nella sua variante di eczema da contatto: tutti i casi riscontrati si sono manifestati in piena età lavorativa.

Il riscontro di numerosi casi di cheratosi seborroica fanno sì che la categoria che sottende problematiche di ordine genetico riscontri il 10% di casi registrati nella categoria.

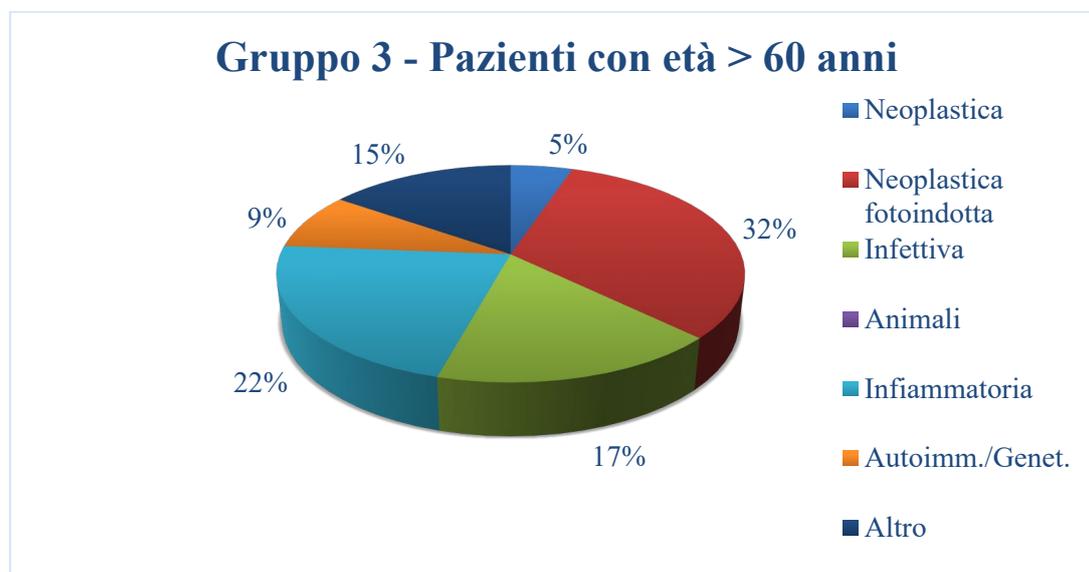


Grafico 5 - Distribuzione delle patologie nei pazienti con più di 60 anni

Neoplastica	Neoplastica fotoindotta	Infettiva	Animali	Infiammatoria	Autoimm./Genet.	Altro	Tot
3	19	10	0	13	5	9	59

Il terzo raggruppamento per fascia d'età conta 59 Pazienti, che rappresentano quindi il 47,2% degli accessi totali.

Di particolare importanza riveste in questo raggruppamento l'eziopatogenesi neoplastica, che comprende il 54% del totale degli accessi in questo raggruppamento basato sull'età. Di particolare rilevanza clinica è il fatto che il 32% dell'annovero neoplastico sia rappresentato da lesioni neoplastiche fotoindotte pre-maligne o francamente maligne con tutte le conseguenze terapeutiche che ciò comporta. Le lesioni neoplastiche benigne assumono quindi, in questa fascia, un significato clinico francamente minore.

L'eziologia infiammatoria è in ogni caso, con 13 Pazienti, molto importante. A questa categorizzazione afferiscono condizioni come l'Eczema ed il Prurito da stasi degli Arti Inferiori nella pressochè totalità dei casi registrati.

Patologie autoimmuni come il Pemfgoide bolloso sono state osservate in 3 casi, e cheratosi seborroica e vasculite in 1 paziente ciascuna.

Categoria e menzione a parte, per via della patogenesi estremamente eterogenea, va fatta per l'Ulcera cutanea, di frequentissima presentazione sul Territorio e riscontrata 7 volte in questa fascia d'età. L'importanza è non solo statistica ma anche e soprattutto clinica e gestionale: i pazienti sono nella maggioranza dei casi molto anziani ed incapaci di gestione autonoma. Questo comporta maggiore difficoltà nel trattamento sia della patologia in sé, ma anche della noxa scatenante.

4. TERAPIA

La **terapia medica** delle condizioni morbose sopra riportate si può suddividere nelle formulazioni Topica e Sistemica e, ove sia stato ritenuto necessario, ci si è avvalsi di una terapia combinata topica e sistemica.

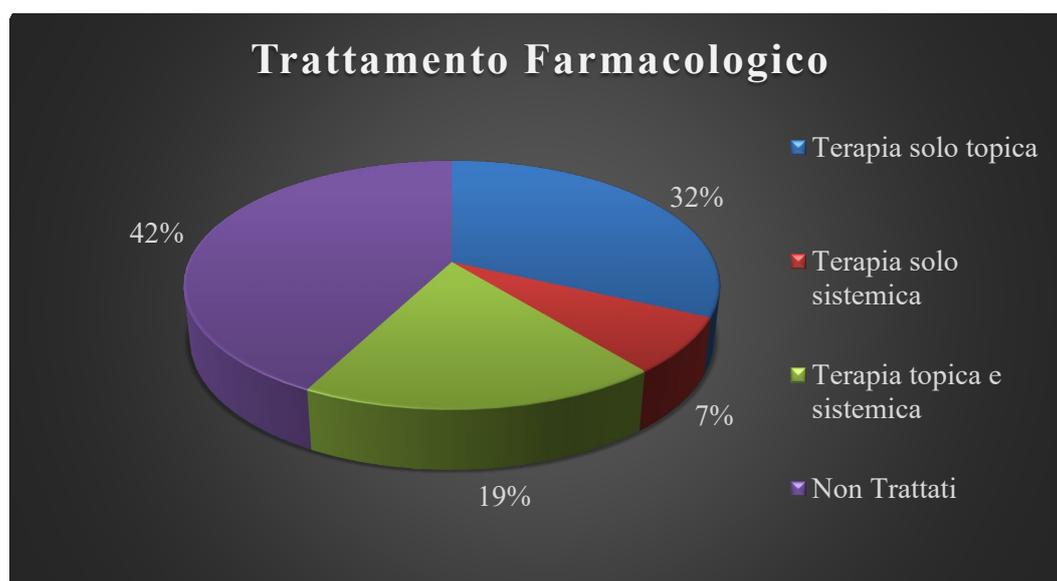


Grafico 6 - Ripartizione delle varie modalità di somministrazione della terapia

La maggioranza dei Pazienti che hanno ricevuto terapia (40 Pazienti, corrispondenti al 32% del totale) hanno ricevuto una formulazione esclusivamente topica, terapia efficace nella maggior parte delle affezioni di interesse dermatologico.

Il 19% degli Assistiti (23 Pazienti) ha però ricevuto una Terapia combinata, sia topica che sistemica. Le condizioni che maggiormente hanno beneficiato di questo approccio sono state le Condizioni infettive come Herpes zoster (2 casi), micosi, varicella, follicolite, così come condizioni infiammatorie come Eczema (in 4 casi), prurito sine materia (2 casi), punture d'insetto, alcune ulcere cutanee complicate (2 casi) e condizioni gravi come Eritrodermia e vasculite.

Come si evince dal grafico, una quota di pazienti corrispondente al 42% (53 Pazienti) non ha ricevuto terapia. Questa informazione, teoricamente controintuitiva, va riferita alla benignità od alla autorisoluzione della gran parte delle condizioni dermatologiche descritte.

Terapia solo topica	Terapia solo sistemica	Terapia topica e sistemica	Non Trattati
40	9	23	53

Una quota di Pazienti corrispondente al 8,8% dei totali inclusi nello studio (11 Assistiti) ha ricevuto anche uno o più trattamenti di **piccola chirurgia ambulatoriale**.

In 5 casi si è trattato di condizioni infettive come Cisti Sebacee infette, Verruche volgari, Raccolte asessuali periungueali. In ulteriori 3 casi si è proceduto alla exeresi di neoformazione cutanea (Fibroma, Ipercheratosi, Cheratosi Seborroica). In 2 casi si è proceduto a puntura sterile di bolla in Pemfigoide bolloso ed in un ultimo caso a rimozione di punti di sutura dopo rimozione chirurgica di Carcinoma Spinocellulare precedentemente diagnosticato.

5. ULTERIORI ANALISI E FOLLOW-UP

- Esami di laboratorio

Ad alcuni dei Pazienti è stato necessario richiedere ulteriori indagini a completamento del processo diagnostico-decisionale.

Il numero totale di Pazienti a cui è stato richiesto ulteriore approfondimento diagnostico ematochimico o colturale da prelievo è stato di 12 Assistiti, il 9,6% del totale.

- Visite successive

Per 98 pazienti appartenenti a questo studio, corrispondenti al 78,4% del totale, non vi è stata rivalutazione clinica da parte del Medico di Medicina Generale. La maggior parte di questi Pazienti hanno compiuto con le Cure Primarie l'intero percorso diagnostico- terapeutico attraverso una singola valutazione ambulatoriale, altri Pazienti sono stati inviati dopo prima valutazione a visita specialistica dermatologica.

Sono state bensì segnalate e descritte all'interno dello studio condizioni cliniche che hanno richiesto 2 o più rivalutazioni del Paziente da parte dei Colleghi MMG.

Ciò può essere imputato a vari fattori, sovente concomitanti: condizione clinica scarsamente responsiva a trattamento, patologia in fase di follow-up per valutarne la progressione, patologia con caratteristiche cliniche in peggioramento o che acquisiscono nuovi elementi sintomatologici, medicazioni (Es. Ulcere Cruris).

Vi sono stati quadri patologici, inseriti nel grafico sottostante, che hanno richiesto più frequentemente rispetto ad altri una rivalutazione da parte del proprio Medico. In totale sono stati stimati 27 Pazienti che hanno necessitato di 2 o più rivalutazioni.



Grafico 7 - Condizioni cliniche con due o più accessi in ambulatorio

Prevedibilmente le Ulcere cutanee, specialmente le ulcere di origine vascolare (principalmente venose) e le ulcere da pressione, anche dette “da decubito” (6 Pazienti con necessità di rivalutazione), rappresentano un quadro clinico di grande impatto sulla necessità di assistenza, che viene garantita da vari professionisti (MMG, Servizio infermieristico del Distretto, Reparto di Dermatologia - ambulatorio medicazioni).

Altre condizioni con frequente necessità di rivalutazione sono state condizioni infettive (8 Pazienti) come Follicolite, Micosi, Varicella ed Herpes Zoster, Verruche volgari.

Per quanto concerne la rivalutazione in Pazienti con noxa patogena neoplastica (4 Assistiti in totale), si è trattato di 2 Pazienti con rivalutazione di Nevi cutanei sospetti, di 1 caso di Cheratoacantoma e di 1 caso di Carcinoma Spinocellulare.

Ulteriore menzione ad alcune patologie autoimmuni che hanno determinato maggiore richiesta di assistenza primaria: Pemfigoide Bolloso (2 Pazienti) e Vasculite cutanea (1 Paziente).

6. INVIO A VALUTAZIONE SPECIALISTICA

Dopo visita da parte del Medico di Medicina Generale il 59,2% dei Pazienti (74) ha ricevuto ipotesi diagnostica, eventuale prescrizione di esami di laboratorio, prognosi ed eventuale terapia (topica, sistemica o combinata) direttamente da parte del proprio Medico, senza che fosse ritenuta necessaria valutazione specialistica.

Per il restante 40,8% dei Pazienti (51), oltre a valutazione, eventuale prescrizione di analisi di laboratorio e terapia, è stata anche richiesta successiva valutazione specialistica dermatologica. Di questi 51 Pazienti, 43 sono stati inviati dal proprio Medico Curante a valutazione dermatologica durante la prima visita, i restanti 8 al secondo appuntamento presso il proprio Medico.

È stato possibile valutare una differenza nel numero di pazienti inviati a valutazione specialistica fra Medici di ambito cittadino e Medici di ambito periferico: i Colleghi con Ambulatorio in ambito cittadino hanno inviato in totale 17 pazienti, che corrispondono al 53,12% dei pazienti visti per un problema dermatologico; i Colleghi di ambito periferico hanno fatto rivalutare 34 pazienti, il 36,55% dei pazienti che hanno fatto accesso all'ambulatorio per un problema cutaneo.

Chiaramente il sospetto diagnostico ha condizionato la priorità richiesta per la valutazione specialistica ed ho quindi suddiviso i pazienti in oggetto in due categorie:

- Pazienti inviati a valutazione specialistica con "Priorità", appartenenti alle due classi prescrittive "U" (Urgente) e "B" (Breve);
- Pazienti inviati con le restanti 2 classi di priorità "D" (Differita) e "P" (Programmata).

I Pazienti appartenenti alla prima categoria sono stati 19, il 15,2% di tutti i Pazienti.

Alla seconda categoria di priorità sono afferiti 32 Pazienti, il 25,6% del totale degli Assistiti visitati.

Analizzando nel dettaglio le visite prioritarie inviate dal Medico di Medicina Generale si può evincere che il 46,6% di questi Pazienti veniva inviato per una problematica infettiva (in ordine di frequenza: Ascesso cutaneo, Follicolite, Onicomicosi), il 26,6% presentava una problematica di tipo neoplastico (in ordine di frequenza: Nevo displastico, Basalioma, Cheratoacantoma), il 13,3% per problematiche di tipo allergico (principalmente Orticaria), il restante 13,3% per problemi di varia eziologia (Ulcere, Pernione).

Anche riguardo alla priorità di invio del Paziente a valutazione specialistica vi è stata una discreta differenza nel comportamento prescrittivo fra Medici di ambito “urbano” e Medici di ambito “periferico”: dalla “Periferia” sono stati inviati con “Priorità” 11 Pazienti, corrispondenti all’11,82% del totale degli Assistiti da loro visitati, mentre dalla “Città” sono stati inviati 8 Pazienti, corrispondenti al 25% del totale dei Pazienti da essi visitati con problema cutaneo.

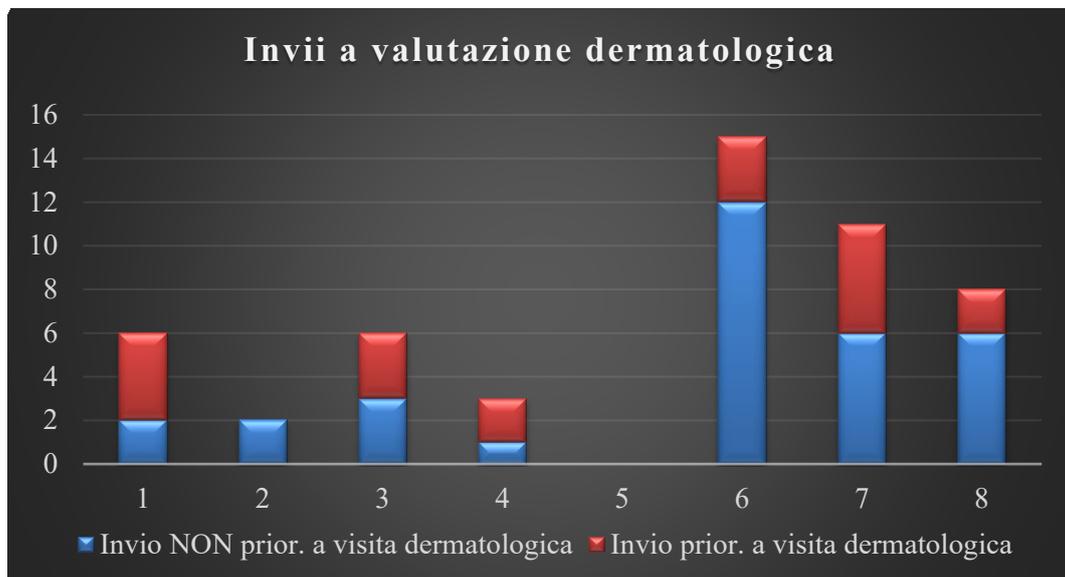


Grafico 8 - Invii a valutazione dermatologica da parte degli otto Colleghi

CONCLUSIONI

Dato il relativamente breve lasso di tempo di osservazione ed il numero limitato di Pazienti non è possibile stabilire la perfetta corrispondenza fra i dati raccolti e la realtà complessiva della Medicina Generale in Alto Adige, sebbene in molte delle patologie riscontrate i dati risultati siano concordanti con quelli di altri studi svolti in Europa [9] [10].

I Pazienti affetti da Patologie primitivamente cutanee o con manifestazioni cutanee secondarie ad altra Patologia rappresentano una percentuale importante nella gestione ambulatoriale quotidiana del Medico di Medicina Generale. La grande maggioranza dei Pazienti che afferiscono alle Cure Primarie non avrà necessità di valutazione specialistica per approfondire il quadro diagnostico e/o per ricevere una terapia più consona.

Diversi studi europei ed extraeuropei sono concordanti nel concedere al Medico della “Primary Care” buone capacità diagnostiche in ambito dermatologico [7] [8] [11], nonostante scarsità di strumenti diagnostici e la mancanza di una formazione strutturata e successiva all’acquisizione del titolo come Medico di Medicina Generale.

Dato il progressivo aumento di casi afferenti alla Medicina Generale e riferiti all’ambito dermatologico sarebbero necessari Corsi di aggiornamento/formazione [6] volti ad una maggiore indipendenza diagnostico-terapeutica dal servizio dermatologico centrale [1] o, in alternativa, maggiore collegamento con i Colleghi Dermatologi tramite strumenti tecnologici volti all’acquisizione di immagini dermatoscopiche delle lesioni del Paziente e con maggiore integrazione fra la cartella clinica ospedaliera e quella del Medico di Medicina Generale.

Inoltre, favorire la presenza di personale infermieristico all’interno degli Ambulatori di Medicina Generale faciliterebbe di molto la possibilità di poter eseguire in autonomia rispetto al Reparto una parte significativa delle asportazioni biotiche e della piccola chirurgia ambulatoriale.

Quanto detto finora avrebbe senza alcun dubbio una vasta serie di benefici: un effetto di riduzione importante del carico sull'Ospedale, eviterebbe a pazienti anziani spostamenti non necessari, andrebbe nella direzione di un maggiore coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nell'aspetto clinico specialistico del Paziente da parte dei Colleghi ospedalieri ed inoltre rafforzerebbe notevolmente il nuovo concetto su cui si basa la Medicina moderna: l'Alleanza terapeutica con il nostro Paziente.

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 - Distribuzione delle patologie per macroargomenti	5
Grafico 2 - Età di insorgenza delle neoplasie maligne della cute	8
Grafico 3 - Distribuzione delle patologie nella fascia d'età fino a 40 anni	14
Grafico 4 - Distribuzione delle patologie nella fascia d'età fra 40 e 60 anni	16
Grafico 5 - Distribuzione delle patologie nei pazienti con più di 60 anni	17
Grafico 6 - Ripartizione delle varie modalità di somministrazione della terapia ..	19
Grafico 7 - Condizioni cliniche con due o più accessi in ambulatorio	22
Grafico 8 - Invii a valutazione dermatologica da parte degli otto Colleghi	24

BIBLIOGRAFIA

- [1] E. H. A. van den Bogaart, M. E. A. L. Kroese, M. D. Spreuwenberg, H. Martens, P. M. Steijlen e D. Ruwaard, «Reorganising dermatology care: predictors of the substitution of secondary care with primary care,» *BMC health services research*, vol. 20, p. 1–10, 2020.
- [2] N. M. Williams, A. A. Marghoob, E. Seiverling, R. Usatine, D. Tsang e N. Jaimes, «Perspectives on Dermoscopy in the Primary Care Setting,» *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 33, p. 1022–1024, 2020.
- [3] B. A. Lowell, C. W. Froelich, D. G. Federman e R. S. Kirsner, «Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition,» *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 45, p. 250–255, 2001.
- [4] G. M. McCarthy, G. C. Lamb, T. J. Russell e M. J. Young, «Primary care-based dermatology practice,» *Journal of general internal medicine*, vol. 6, p. 52–56, 1991.
- [5] S. Flohil, E. De Vries, M. Neumann, J. W. Coebergh e T. Nijsten, «Incidence, prevalence and future trends of primary basal cell carcinoma in the Netherlands,» *Acta dermato-venereologica*, vol. 91, p. 24–30, 2011.
- [6] A. Chuh, V. Zawar, R. Fölster-Holst, G. Sciallis e T. Rosemann, «Twenty-five practical recommendations in primary care dermoscopy,» *Journal of Primary Health Care*, vol. 12, p. 10–20, 2020.
- [7] D. G. Federman e R. S. Kirsner, «The abilities of primary care physicians in dermatology: implications for quality of care,» *Am J Manag Care*, vol. 3, p. 1487–1492, 1997.

- [8] N. K. Hansra, P. O'Sullivan, C. L. Chen e T. G. Berger, «Medical school dermatology curriculum: are we adequately preparing primary care physicians?,» *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 61, p. 23–29, 2009.
- [9] O. A. Kerr, M. J. Tidman, J. J. Walker, R. D. Aldridge e E. C. Benton, «The profile of dermatological problems in primary care,» *Clinical and Experimental Dermatology: Experimental dermatology*, vol. 35, p. 380–383, 2010.
- [10] I. Schaefer, S. J. Rustenbach, L. Zimmer e M. Augustin, «Prevalence of skin diseases in a cohort of 48,665 employees in Germany,» *Dermatology*, vol. 217, p. 169–172, 2008.
- [11] D. L. Ramsay e A. B. Fox, «The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses,» *Archives of dermatology*, vol. 117, p. 620–622, 1981.
- [12] J. Sola-Ortigosa, C. Muñoz-Santos, I. Otzet-Gramunt, T. Masat-Ticó, J. Isidro-Ortega, A. Guilabert e others, «The Usefulness of Teledermatology in Monitoring the Efficacy and Safety of a Topical Treatment for Actinic Keratosis,» *The Journal of investigative dermatology*, vol. 141, p. 1837–1839, 2021.
- [13] M. J. Sladden e R. A. C. Graham-Brown, «How many GP referrals to dermatology outpatients are really necessary?,» *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 82, p. 347–348, 1989.
- [14] C. J. Rea, S. Delano, E. B. Hawryluk, M. Rosen, K. D. Tran, M. Pearl, K. Pethe e S. L. Toomey, «An Innovative Model for Providing Dermatology Services Within Primary Care,» *Academic Pediatrics*, vol. 21, p. 723–727, 2021.

- [15] G. G. A. Pujalte, «Beyond Superficial: Primary Care Dermatology,» *Primary Care: Clinics in Office Practice*, vol. 42, p. xv–xvi, 2015.
- [16] A. O. Ogunbiyi, O. O. M. Daramola e O. O. Alese, «Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria,» *International journal of dermatology*, vol. 43, p. 31–36, 2004.
- [17] C. Massone, S. Javor, I. Amato, G. Biondo, A. M. G. Brunasso e R. Hofmann-Wellenhof, «Training of primary care physicians enhances performance of mobile teledermatology,» *Anais Brasileiros de Dermatologia*, vol. 96, p. 514–516, 2021.
- [18] I. G. Ferreira, D. F. Godoi e E. R. Perugini, «Nosological profile of dermatological diseases in primary health care and dermatology secondary care in Florianópolis (2016-2017),» *Anais Brasileiros de Dermatologia*, vol. 95, p. 428–438, 2020.