

M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XXXII, numero 4 - 2025

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Nicola Miglino - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

■ CONTRAPPUNTO 11

**Intelligenza artificiale:
problema o opportunità
per la Medicina generale?**

■ RELAZIONE E CURA 13

**Le regole della
comunicazione con
il paziente anziano**

■ TERAPIA 20

**Approccio nutrizionale
nella malattia renale cronica:
uno strumento chiave**

■ MANAGEMENT 23

**Osteoporosi
nel sesso maschile**



Attraverso il presente
QR-Code è possibile
scaricare l'intera rivista



Sondaggio

Mmg: convenzione batte dipendenza ma la scelta divide l'Italia e le generazioni

*Più di mille colleghi si sono espressi nella nostra
inchiesta conoscitiva in merito alla rivoluzione in corso.
Risultati davvero sorprendenti*

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXII numero 4 maggio 2025

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo

Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Advertising

Giancarlo Confalonieri
Luana De Stefano
Sara Simone
Sara Carlomagno
mkt@passonieditore.it

Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.)
Fax 02.202294333
E-mail: info@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico

Dario Passoni

Costo di una copia: 0,25 €

A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72
il pagamento dell'IVA è compreso
nel prezzo di vendita

Stampa: Sincronia - Legnano

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Medici di famiglia divisi tra autonomia e tutele 5
- **Indagini**
Mmg: convenzione batte dipendenza
ma la scelta divide l'Italia e le generazioni 6
- **Contrappunto**
Intelligenza artificiale: problema o opportunità
per la Medicina generale? 11
- **Riflettori**
Chi dice medico dice donna 12
- **Relazione e cura**
Le regole della comunicazione con il paziente anziano 13

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Da integratore a ormone: il ruolo preventivo della vitamina D 16
- **Dermatologia**
Gli errori che moltiplicano il rischio di melanoma 17
- **Linee guida**
Emicrania: un documento che aiuta
a razionalizzare le scelte terapeutiche 18
- **Oftalmologia**
Malattia oculare tiroidea, una sfida per il clinico 19

CLINICA E TERAPIA

- **Terapia**
Terapia nutrizionale nella malattia renale cronica:
uno strumento chiave 20
- **Management**
Osteoporosi nel sesso maschile 23
- **Clinica**
Nuove evidenze scientifiche sulla correlazione
tra steatosi epatica non alcolica e rischio cardiovascolare 26
- **Prevenzione**
Artrite psoriasica: la diagnosi precoce previene danni permanenti 29



Medici di famiglia divisi tra autonomia e tutele

■ Anna Sgritto

La Medicina generale italiana è giunta a un crocevia decisivo, dove la scelta tra convenzione e dipendenza non è più un mero tecnicismo contrattuale, ma una questione identitaria che incide sulla sostenibilità del sistema e sulla qualità dell'assistenza ai pazienti.

La *survey* lanciata da *M.D. Digital*, "Convenzione o dipendenza? Dite la vostra", i cui risultati sono pubblicati nell'articolo a seguire (pagg. 6-10), ha evidenziato una netta preferenza per il modello convenzionato. Ma il dato più significativo è il divario generazionale, territoriale e di genere che emerge con forza. I medici più anziani difendono la convenzione in nome di un'autonomia gestionale e di un rapporto più diretto con i pazienti, mentre le nuove generazioni, con una forte incidenza delle donne medico, vedono nella dipendenza una possibile risposta alla precarietà, al crescente carico burocratico e alla carenza di tutele.

La questione, però, va oltre il semplice scontro tra generazioni e sessi: è una trasformazione culturale. I giovani medici entrano nella professione in un contesto completamente mutato rispetto ai colleghi più esperti. La medicina di famiglia, nel suo assetto attuale, rischia di perdere attrattività, erosa da burocrazia asfissiante e da una cronica carenza di strumenti di supporto.

Se da un lato la dipendenza potrebbe garantire maggiore stabilità, dall'altro rischia di snaturare il ruolo del medico di medicina generale, riducendone la flessibilità e il rapporto fiduciario con il paziente. Al contrario, i fautori della convenzione sottolineano proprio questo punto: il legame diretto e continuativo con il paziente, costruito nel tempo e basato sulla scelta reciproca, è il cuore della Medicina generale. Una gestione eccessivamente rigida, vincolata alle logiche amministrative, metterebbe a rischio questa relazione, depotenziando il ruolo del Mmg e facendone un semplice ingranaggio del sistema sanitario. Ma la vera questione è un'altra: né la convenzione né la dipendenza, da sole, risolvono i problemi della medicina territoriale. Serve una riforma strutturale che superi l'approccio binario e sappia equilibrare flessibilità e garanzie, autonomia e sicurezza, efficienza e qualità dell'assistenza.

Se la Medicina generale vuole evitare il declino e ritrovare il suo ruolo centrale nel sistema sanitario, deve necessariamente trasformarsi in una scelta professionale sostenibile e attrattiva per le nuove generazioni. Ma perché ciò avvenga, sono necessari investimenti concreti in un comparto da troppo tempo relegato ai margini.

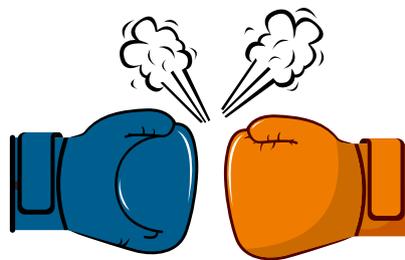
Il rischio, senza un intervento deciso, è quello di un lento, ma inesorabile svuotamento della Medicina generale, con conseguenze dirette sulla salute delle comunità. È tempo di un confronto costruttivo che metta al centro non solo le esigenze dei medici, ma anche quelle dei pazienti perché è da lì che passa il vero futuro della sanità territoriale.

Mmg: convenzione batte dipendenza ma la scelta divide l'Italia e le generazioni

Sono stati oltre 1.100 i Mmg che hanno partecipato alla nostra survey: “Convenzionati o dipendenti? Dite la vostra” e i risultati suggeriscono che, tra le preferenze espresse, il sistema della convenzione resta prevalente, ma con significative differenze territoriali e generazionali. Il Sud e i medici più giovani sembrano orientarsi maggiormente verso la dipendenza, mentre il Nord e i medici di famiglia più anziani tendono a preferire il modello della convenzione

A cura della **Redazione**

Il dibattito sulla futura modalità di esercizio della professione per i medici di medicina generale (Mmg) è al centro dell'attenzione, specialmente alla luce della riforma della medicina territoriale sancita dal Dm 77/2022. Uno degli aspetti più dibattuti di questa riforma riguarda la possibilità di trasformare i medici di medicina generale da liberi professionisti convenzionati a dipendenti del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Questo potenziale cambiamento avrebbe un impatto significativo non solo sull'organizzazione del lavoro, ma anche sul sistema previdenziale e sulla sostenibilità economica della professione. Per cogliere il *sentiment* della categoria su questa trasformazione, il sondaggio lanciato da *M.D. Digital* ha raccolto le opinioni di oltre 1.100 professionisti. I risultati di questa indagine forniscono una chiara fotografia delle attuali preferenze e rivelano una significativa polarizzazione. Su un totale di 1.124 votanti, la maggioranza, pari al 58,54%, ha espresso una preferenza netta per il modello della convenzione, mentre il restante 41,46% ha optato per la dipendenza (*figura 1*). Que-



sto dimostra che, nel complesso, il modello tradizionale convenzionato rimane privilegiato.

Globalmente, il sondaggio mostra un equilibrio di opinioni tra i medici sulla riforma della medicina generale, con una forte predominanza maschile tra gli intervistati (68,76% contro 31,24% di donne). Tuttavia, l'analisi approfondita dei dati rivela variazioni significative.

Analisi dei dati

Le differenze emergono in modo evidente quando si analizza la distribuzione geografica delle preferenze. Nel Nord Italia, su 494 votanti, una netta maggioranza del 68,2% sceglie la convenzione. Questa preferenza è ancora più marcata in regioni come la Liguria,

con punte dell'88% a favore della convenzione, e il Friuli Venezia Giulia, con l'82,4%. Anche nel Centro Italia, la convenzione mantiene un solido supporto. Su 294 votanti, il 62,9% è favorevole alla convenzione, con regioni come la Toscana e le Marche che registrano un sostegno del 73,2%. Il quadro cambia radicalmente nel Sud Italia: su 336 votanti, il 59,5% preferisce la dipendenza. Regioni come la Sicilia (71,2%) e la Sardegna (64,5%) sono tra le principali sostenitrici di questo modello (*figura 1*).

In sintesi, mentre il Nord e il Centro mostrano una forte propensione per la convenzione, il Sud tende maggiormente verso la dipendenza.

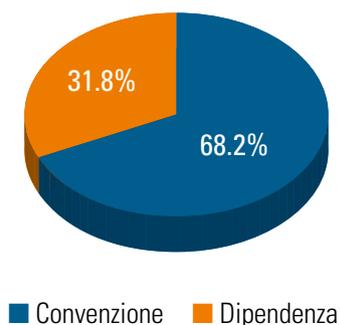
Il fattore età

Le differenze di preferenza non sono solo territoriali, ma anche generazionali. L'analisi per fascia d'età mostra un'importante divisione all'interno della categoria. Tra i medici di medicina generale over 60 anni, il 64% sceglie la convenzione, riflettendo una maggiore tendenza a voler mantenere l'attuale autonomia professionale. Al contrario, i medici più giovani, nel-

FIGURA 1

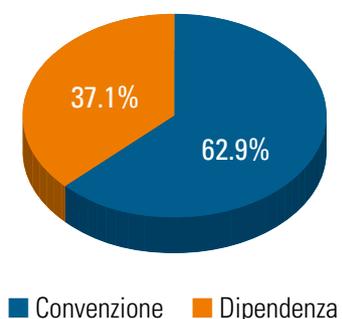
Distribuzione regionale della scelta tra convenzione e dipendenza

Nord



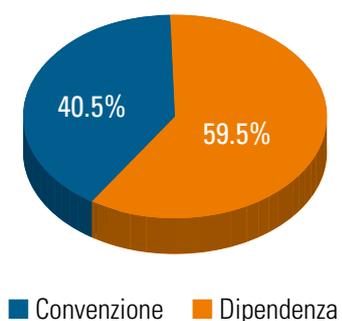
Regione	Convenzione (%)	Dipendenza (%)
Valle d'Aosta	100.0%	0.0%
Piemonte	71.1%	28.9%
Liguria	88.0%	12.0%
Lombardia	68.9%	31.1%
P.A. Trento	63.6%	36.4%
P.A. Bolzano	80.0%	20.0%
Veneto	58.3%	41.7%
Friuli V.G.	82.4%	17.6%
Emilia-Romagna	66.7%	33.3%
Totale Nord	68.2%	31.8%

Centro



Regione	Convenzione (%)	Dipendenza (%)
Toscana	73.2%	26.8%
Umbria	52.4%	47.6%
Marche	73.2%	26.8%
Molise	0.0%	100.0%
Lazio	61.6%	38.4%
Abruzzo	50.0%	50.0%
Totale Centro	62.9%	37.1%

Sud e isole



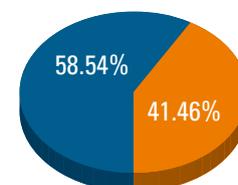
Regione	Convenzione (%)	Dipendenza (%)
Campania	55.7%	44.3%
Basilicata	50.0%	50.0%
Puglia	37.7%	62.3%
Calabria	61.3%	38.7%
Sicilia	28.8%	71.2%
Sardegna	35.5%	64.5%
Totale Sud e isole	40.5%	59.5%



TOTALE ITALIA

Convenzione 58.54%

Dipendenza 41.46%



la fascia d'età 30-40 anni, sono più inclini alla dipendenza, con una media del 60% a favore di questo modello, una tendenza particolarmente pronunciata nel Sud. Le fasce d'età intermedie, 41-50 anni e 51-60 anni, mostrano scelte più equilibrate, considerate un segnale di una transizione generazionale in corso all'interno della professione (figura 2).

Differenze di genere

Analizzando i dati per genere, emerge una significativa differenza tra uomini e donne riguardo al rapporto contrattuale. Il 49% delle donne medico si dichiara favorevole alla dipendenza, mentre il 51% sceglie la convenzione. Tra gli uomini, invece, la convenzione è

nettamente preferita (62%), con solo il 38% favorevole alla dipendenza (figura 3).

Questa disparità potrebbe riflettere diversi fattori secondo quanto emerso dai commenti:

- **Tutela e stabilità.** Le donne medico potrebbero vedere nella dipendenza una maggiore sicurezza economica e tutela, soprattutto in assenza di specifiche protezioni per la maternità nel sistema della convenzione.
- **Flessibilità lavorativa.** La convenzione offre maggiore autonomia nella gestione del tempo e degli impegni professionali, un aspetto che può essere attrattivo per entrambi i generi, ma che gli uomini sembrano preferire in misura più marcata.
- **Carico familiare.** Considerando che, nella società, il peso della cura familiare ricade spesso sulle donne, la dipendenza potrebbe essere vista come un modo per garantire una maggiore stabilità nei periodi di congedo.

FIGURA 2

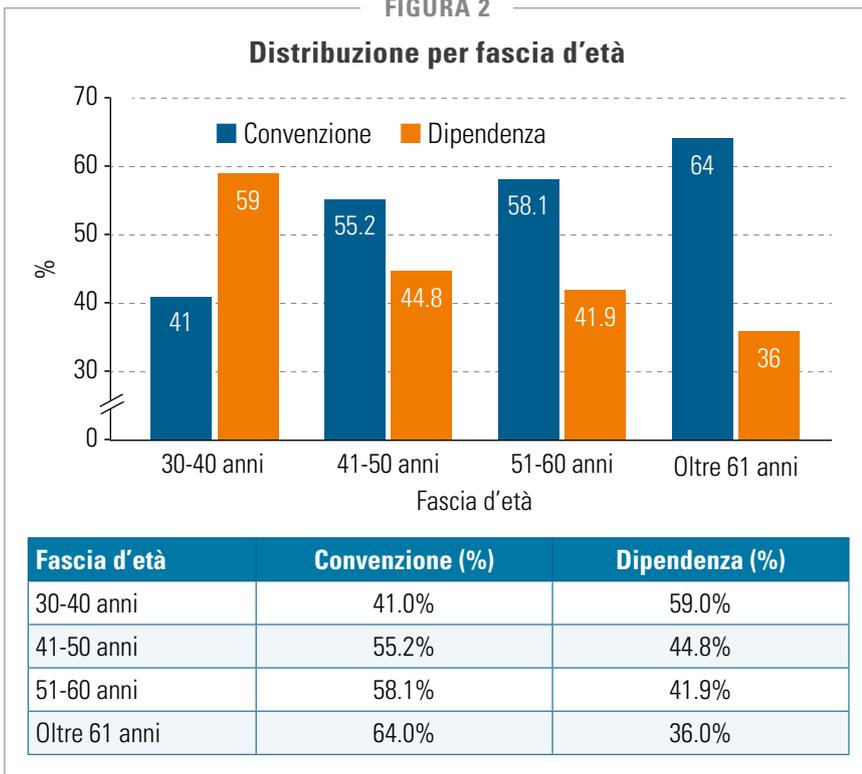
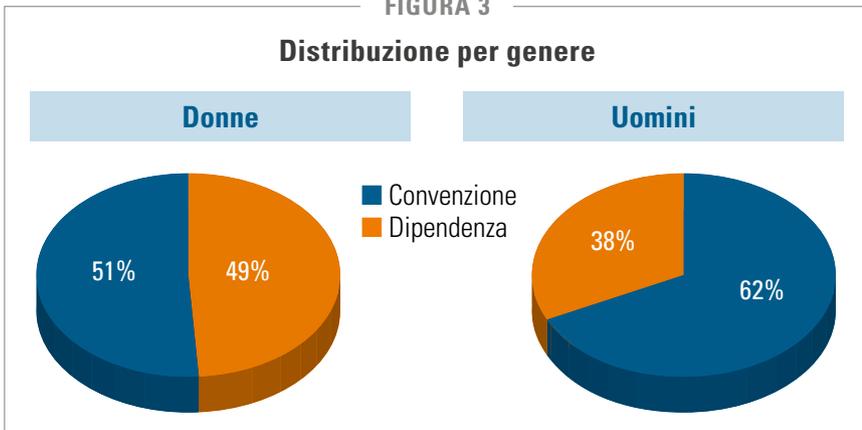


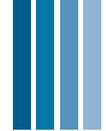
FIGURA 3



Conclusione

Sebbene il sistema della convenzione rimanga complessivamente dominante tra i medici di medicina generale in Italia, il sondaggio evidenzia chiaramente significative differenze territoriali e generazionali.

Il Sud e i medici più giovani sembrano orientarsi maggiormente verso la dipendenza, vista da alcuni anche come un'opportunità per adattarsi alle nuove esigenze del Ssn, mentre il Nord e i Mmg più anziani tendono a preferire il modello in convenzione, legato anche al mantenimento dell'autonomia. Questi dati sottolineano la complessità del dibattito e le diverse prospettive all'interno della categoria riguardo al proprio futuro professionale nel Servizio sanitario nazionale.



Le motivazioni di una scelta per o contro la dipendenza dal Ssn

Il panorama della medicina generale in Italia è attraversato da un dibattito cruciale sul futuro modello organizzativo della professione. Mentre il Servizio sanitario nazionale (Ssn) guarda a possibili riforme e a nuove strutture assistenziali territoriali, i medici si interrogano e manifestano posizioni divergenti riguardo alla preferenza tra il modello tradizionale della convenzione e la prospettiva di un impiego in dipendenza. I commenti lasciati dai partecipanti al nostro sondaggio delineano chiaramente le motivazioni sottostanti a ciascuna posizione, riflettendo priorità e preoccupazioni diverse all'interno della categoria.

Le ragioni a favore della convenzione

Il fronte favorevole al mantenimento della convenzione si concentra prevalentemente sulla tutela dell'autonomia professionale e sul valore intrinseco del rapporto medico-paziente. I sostenitori della convenzione affermano con forza che questo modello consente loro di preservare un rapporto di fiducia profondo e diretto con i pazienti. Sottolineano come la convenzione offra la libertà di scelta e la capacità di organizzare il lavoro secondo i propri ritmi e di gestire l'attività senza vincoli eccessivi. Un punto cardine è il rispetto del rapporto medico-paziente. La convenzione è vista come la garanzia per mantenere un legame diretto, stretto e fiduciario, essenziale per evitare la spersonalizzazione e la perdita di fiducia degli assistiti (che hanno liberamente scelto quel medico) che potrebbe derivare da un rapporto di dipendenza. Dal punto di vista pratico e della visione professionale, la convenzione è considerata più sostenibile economicamente e professionalmente. Permetterebbe una migliore gestione delle risorse e, soprattutto, aiuterebbe a evitare il ri-

schio di una dipendenza che porterebbe a una riduzione delle entrate e a una perdita di autonomia professionale.

In sintesi, per molti, la convenzione è semplicemente il modo più idoneo e rispettoso di esercitare la professione di medico di medicina generale, in linea con il core disciplinare definito dal Wonca.

E quelle a favore della dipendenza

Dall'altro lato, chi propende per la dipendenza evidenzia le criticità e le carenze percepite nell'attuale modello convenzionato. Una delle motivazioni principali risiede nella mancanza di tutele fondamentali come la malattia, le ferie e la maternità, che vengono percepite come "diritti negati". Si ricerca una maggiore serenità lavorativa e un modello che garantisca più stabilità e qualità della vita, temi particolarmente sentiti a fronte di un elevato carico di lavoro dovuto all'aumento delle richieste dei pazienti, sempre più anziani e con multimorbilità e alla burocrazia incombente, il tutto con un aumento del rischio professionale.

La professione di Mmg, in questo contesto, è vista da alcuni come simile a una forma di "schiavitù", con pesanti conseguenze sulla vita familiare e personale.

Le difficoltà nella gestione vigente sono un altro fattore cruciale. Problemi come la ricerca di sostituti in caso di malattia e l'assenza di tredicesima o quattordicesima rendono il sistema attuale percepito come insostenibile. Nonostante un potenziale stipendio ridotto, molti ritengono che i benefit del lavoro dipendente risultino complessivamente più vantaggiosi e portino a migliori condizioni economiche nel bilancio totale tra guadagno e diritti acquisiti.

La prospettiva di lavorare nelle nuove

strutture come le Case della Comunità (CdC) rafforza l'idea della dipendenza. Se sono previste ore aggiuntive in queste strutture, il lavoro, secondo le motivazioni di molti partecipanti alla *survey*, diventa di fatto dipendente, rendendo la convenzione obsoleta. Inoltre, il numero di Mmg è in calo e il carico assistenziale cresce, rendendo il lavoro poco attrattivo, specialmente per i più giovani, che evitano questa carriera. Senza un cambiamento, si teme che il sistema attuale possa collassare. La dipendenza è vista, in parte, come una risposta a questa crisi di attrattività.

Anche i sostenitori della dipendenza desiderano mantenere un buon rapporto medico-paziente, ma ritengono che la dipendenza, garantendo i diritti negati (ferie, malattia), possa in realtà permettere al medico di dedicarsi meglio al paziente. Viene infine sottolineata l'importanza fondamentale di dare ai medici la libertà di scelta tra i modelli.

Epilogo

Il dibattito tra convenzione e dipendenza riflette una tensione tra valori professionali profondamente sentiti. Da un lato, la difesa strenua dell'autonomia, della libertà gestionale e di un rapporto di fiducia consolidato con il paziente nel modello tradizionale. Dall'altro, la ricerca di maggiori tutele, stabilità economica e professionale, una migliore qualità della vita e una potenziale risposta alla crisi di attrattività della professione, anche integrandosi meglio nelle nuove strutture del Ssn. Entrambe le posizioni manifestano preoccupazioni per il futuro della Medicina generale e la qualità dell'assistenza, ma propongono percorsi molto diversi per affrontare le sfide attuali. La complessità risiede proprio in queste diverse visioni su quale modello possa meglio garantire sia il benessere del medico sia l'efficacia del servizio sanitario.

Passaggio alla dipendenza? Bisogna cambiare la legge

Il tema della possibile trasformazione del rapporto di lavoro dei medici di medicina generale in una forma di dipendenza pubblica continua a far discutere. Tuttavia, dietro le dichiarazioni e le proposte, emergono vincoli giuridici che rendono questa ipotesi difficilmente praticabile senza una legge *ad hoc*. Secondo quanto evidenziato da un articolo pubblicato su *M.D. Digital* a firma di **Mauro Marin**, Mmg ed ex direttore distretto sanitario e dipartimento cure primarie di Pordenone, la giurisprudenza consolidata infatti porrebbe dei limiti normativi ben evidenti a tale trasformazione. Il rapporto di lavoro dei medici di medicina generale attualmente è disciplinato dagli Accordi collettivi nazionali (Acn 2024), in conformità con l'articolo 8 del D.lgs n.502/1992. La giurisprudenza ha più volte chiarito che questi rapporti hanno la natura giuridica di lavoro autonomo libero-professionale, con una collaborazione coordinata e continuativa a tempo indeterminato, qualificata come para-subordinazione ai sensi dell'articolo 409 del Codice di Procedura Civile.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n.157/2019, e la Cassazione sezione lavoro, con la sentenza n.6294/2020, hanno ribadito che i medici convenzionati non sono soggetti ad alcun potere direttivo da parte delle Aziende sanitarie, se non quello di sorveglianza sul rispetto degli obblighi contrattuali. Questa interpretazione si inserisce nel solco delle pronunce della Cassazione a sezioni unite (sentenze n.16219/2001 e n.813/1999), che confermano la disciplina del rapporto attraverso un contratto di di-

ritto privato, escludendo quindi qualsiasi forma di subordinazione al potere direttivo aziendale proprio dei medici dipendenti.

1. Una normativa chiara

La giurisprudenza stabilisce con chiarezza che un rapporto di lavoro autonomo non può essere trasformato in un contratto di lavoro dipendente senza il superamento di un pubblico concorso. La Cassazione Civile, sez. lavoro, ha ribadito questo principio nelle ordinanze n.4360/2023 e n.9591/2017, confermando che il lavoro autonomo non può contenere obblighi propri del lavoro subordinato né essere convertito automaticamente in un rapporto di lavoro dipendente pubblico.

Il punto fondamentale risiede nella qualificazione giuridica del contratto: un medico convenzionato non può essere assoggettato al potere direttivo dell'Azienda Sanitaria, prerogativa esclusiva del rapporto subordinato (art.2094 Cc). La Corte Costituzionale, con la sentenza n.76/2015, e la Cassazione, con le pronunce n.20903/2020 e n.7024/2015, sottolineano che la subordinazione implica l'inserimento del lavoratore nella struttura aziendale e l'assoggettamento alle regole organizzative del datore di lavoro.

Inoltre, il percorso di formazione del medico convenzionato si basa su una selezione per soli titoli, diversamente dai medici dipendenti pubblici, che accedono al ruolo tramite pubblico concorso per esami e titoli, ai sensi dell'articolo 97 della Costituzione e dell'articolo 15, comma 7, del D.Lgs 502/1992. Un ulteriore ostacolo normativo è il re-



quisito obbligatorio della specializzazione universitaria, sancito dal Dpr n.483/1997, condizione imprescindibile per l'assunzione di un medico nel settore pubblico.

La sentenza n.149/2010 della Corte Costituzionale conferma che la trasformazione del rapporto convenzionato in dipendente pubblico non è consentita senza il superamento di un concorso pubblico e senza il possesso della specializzazione. Inoltre, il corso regionale di formazione specifica in Medicina generale, istituito con il D.lgs 368/1999, non è ancora equiparato a una specializzazione universitaria e non risponde ai criteri di trasparenza e selezione pubblica previsti dall'art.97 della Costituzione e dalle normative sul reclutamento dei dipendenti pubblici.

2. Prevalenza degli Accordi Collettivi Nazionali

Secondo la sentenza n.29137/2022 della Cassazione Sez. Lavoro, gli Acn prevalgono su qualsiasi accordo regionale o aziendale difforme. La Corte Costituzionale, con la sentenza n.157/2019, ha sancito che gli Acn hanno valore vincolante tra le parti ai sensi dell'art.1372 del Codice civile. Di conseguenza, qualsiasi clausola che contrasti con l'Acn è nulla, non può essere applicata e deve essere sostituita d'ufficio, secondo gli articoli 1339 e 1419 del Codice civile.



Intelligenza artificiale: problema o opportunità per la Medicina generale?

Una domanda legittima visto che si prefigura un futuro in cui una gran parte dei lavori, delle professionalità, delle mansioni svaniranno nel nulla sostituite da un software che sarà in grado di fare tutto rapidamente e, soprattutto, a costo zero: già sta accadendo e a breve nessun paziente avrà più bisogno di medici che saranno sostituiti da sofisticati algoritmi generati dalla la

Alessandro Chiari - Segretario regionale Fismu Emilia Romagna

Abyssus abyssum invocat: "Un male chiama l'altro". La locuzione latina è tratta dal Salmo 41 della Bibbia e, in senso più ampio, si interpreta come un avvertimento a stare lontano dal vizio, perché un male ne genera un altro o un errore ne genera un altro. L'intelligenza artificiale sarà un'opportunità od un problema per il Mmg? Quello che ci attende come società è un futuro da incubo, nel quale sarà impossibile distinguere ciò che è reale da ciò che è virtuale, da ciò che realmente è accaduto e da quanto è solo fiction. Del resto, George Orwell lo aveva preconizzato quasi ottant'anni fa con il romanzo distopico "1984". Ma tornando indietro nel tempo ricordiamo che la tecnologia che, secondo Marx, avrebbe dovuto liberare l'uomo dalla fatica fisica e dal deumanizzarsi per dargli modo di concentrarsi sulle proprie necessità spirituali, ha compiuto il percorso inverso. Una gran parte dei lavori delle professionalità delle mansioni, che fino a oggi hanno dato da mangiare a milioni di persone, svaniranno nel nulla sostituite da un software che sarà in grado di fare tutto rapidamente e, soprattutto, a costo zero: già sta accadendo e a breve nessun paziente avrà più bisogno di medici che saranno sostituiti da un software che utilizza sofisticati algoritmi generati dalla la.

Il rischio per il Mmg

Oggi nessuno ha più voglia di rischiare, il rischio d'impresa, come lo si chiamava una volta, è scomparso, investendo solo sul prodotto/progetto sicuro (almeno apparentemente) e producendo solo ciò che ha dimostrato di funzionare. Il *rischio di impresa* caratterizzava l'organizzazione proprietaria che ogni singolo medico progettava per gestire il proprio ambulatorio. Nella medicina generale le cose peggioreranno in fretta grazie a questa mostruosa innovazione che si chiama intelligenza artificiale (Ia). Una volta impostata una relazione fra Mmg ed un qualsiasi progetto innovativo basato su una nuova tecnologia, il successo stesso dell'innovazione e la probabilità della sua realizzazione dipendono dall'efficacia dei risultati. Possiamo affrontare il rapporto molto meno evidente, ma pur sempre significativo, fra l'efficienza tecnica dei nuovi progetti territoriali e la loro vulnerabilità sul campo realizzativo. L'efficienza tecnica nella sua familiare, sufficiente e unica definizione, si basa sul rapporto *fra input e output*, cioè fra quanto viene immesso progettualmente sul territorio e quanto si ottiene. Questo è un valore importante in tutti gli sforzi

materiali e i progetti, anche se viene invocato, nel linguaggio comune, commentare il valore della medicina generale che può non avere affatto una resa misurabile. Il criterio dell'efficienza si può applicare in un contesto con una precisione matematica soltanto alle macchine, sommando i costi iniziali di acquisto e quelli operativi correnti e confrontandoli con il risultato definitivo. Ma l'efficienza tecnica non è certo l'unico criterio applicabile nelle valutazioni perché il rapporto fra il risultato corrente e il costo non ci dice nulla in merito alla probabile durata del funzionamento, del costo e della rivisitazione che con il tempo si renderà necessaria. Salvo questo, però, l'efficienza tecnica costituisce il criterio valido di scelta quando si tratta di decidere tra tipi diversi di progetti con risultati migliori, con una migliore progettazione dei particolari, come con piccole modifiche nelle strutture nei meccanismi, ottenendo in determinati casi un miglioramento dell'efficienza territoriale. Canta Finardi nel suo ultimo pezzo: "ormai si è capito che non esistono gli extraterrestri che ci vengono a salvare, ormai la mia unica speranza è nell'Intelligenza artificiale" Scusatemi, ma io, come Mmg, non voglio essere interconnesso.

Chi dice medico dice donna

Negli ultimi anni, la professione in Italia ha registrato un significativo cambiamento demografico, con una crescente presenza femminile tra i professionisti della salute. Secondo i dati forniti dall'Enpam attualmente sono iscritte 182.581 donne medico, a fronte di 175.042 colleghi maschi. Malgrado ciò, le donne continuano a affrontare difficoltà legate alla conciliazione tra vita professionale e responsabilità familiari, oltre a ostacoli nella carriera, come l'accesso a posizioni dirigenziali o di specializzazione

L'Enpam ha reso noto che il totale degli associati attivi ammonta a 365.318, includendo anche 7.695 studenti iscritti al V e VI anno dei corsi di laurea in Medicina. Tra questi studenti, la femminilizzazione è ancora più marcata: si contano infatti 4.710 studentesse contro 2.985 studenti, indicando una netta prevalenza del genere femminile nelle nuove generazioni di medici.

Questi dati non solo riflettono la crescente partecipazione delle donne nella professione, ma suggeriscono anche un cambiamento culturale e sociale più ampio, che sta contribuendo a ridefinire il tessuto stesso della medicina in Italia. Le donne, storicamente sottorappresentate in ambiti professionali come quello medico, stanno ora conquistando spazi precedentemente dominati dagli uomini, portando con sé nuove prospettive e approcci nel campo della salute.

Il consolidamento della presenza femminile tra i medici e gli odontoiatri rappresenta un passo fondamentale verso una maggiore equità di genere nelle professioni sanitarie. Le donne portano spesso un approccio diverso alla cura e all'assistenza, ponendo l'accento su aspetti relazionali e di empatia, cruciali per il benessere dei pazienti. Inoltre, la diversità di gene-

re tra i professionisti della salute può favorire un migliore rapporto con una popolazione sempre più variegata, permettendo di rispondere in modo più efficace alle necessità di tutti i pazienti, indipendentemente dal loro background.

Gli ostacoli

Tuttavia, nonostante questi progressi, persistono sfide significative. Le donne nel settore medico continuano a affrontare difficoltà legate alla conciliazione tra vita professionale e responsabilità familiari, oltre a ostacoli nella carriera, come l'accesso a posizioni dirigenziali o di specializzazione. È cruciale che istituzioni, università

e enti professionali si impegnino attivamente per garantire pari opportunità e supporto per le donne nella professione medica, promuovendo politiche inclusive e programmi di mentoring.

La crescente presenza femminile tra medici e odontoiatri in Italia rappresenta una trasformazione significativa e positiva del panorama sanitario, ma è fondamentale continuare a lavorare per superare le rimanenti barriere di genere, creando un ambiente di lavoro equo e favorevole per tutti i professionisti della salute. Solo così sarà possibile garantire un sistema sanitario più giusto ed efficiente, al servizio di una società in continua evoluzione.



Malgrado una presenza significativa, le donne nel settore medico continuano a affrontare difficoltà legate alla conciliazione tra vita professionale e responsabilità familiari, oltre a ostacoli nella carriera



Le regole della comunicazione con il paziente anziano

Rispetto, ascolto, attenzione ai particolari bisogni, sono le parole chiave della comunicazione con la persona di età avanzata. Entrare nel suo mondo, con tatto e pazienza, può consentire di ottenere la massima soddisfazione reciproca, migliorare la cura e facilitare le interazioni

A cura di **Livia Tonti** - Giornalista e Life coach

Comunicare non sempre è semplice, tanto più in ambito medico dove le condizioni ambientali, di tempo ed emotive possono essere sfidanti. Ancor più se il paziente è anziano, per cui, da parte del medico, può sorgere il dubbio che capisca quello che gli si sta dicendo, che si ricordi, che stia ascoltando.

Si tratta di una tematica di grande importanza, visto il crescente numero di pazienti avanti con l'età nella nostra società e considerato quanto una comunicazione efficace possa contribuire a costruire relazioni soddisfacenti per gestire al meglio l'assistenza, rafforzare il rapporto paziente-operatore sanitario, portare a migliori risultati in termini di salute, aiutare a prevenire errori medici e sfruttare al meglio il tempo limitato a disposizione.

C'è anziano e anziano

Partiamo dall'osservazione che per la vecchiaia non esiste una definizione univoca. Nella maggior parte dei paesi industrializzati si definisce anziana una persona con più di 65 anni, ma questo limite sta venendo progressivamente spostato in avanti man mano che l'aspettativa di vita aumenta.

Tuttavia l'anziano non è definibile con la sola età anagrafica perché le

sue condizioni fisiche e funzionali, la cosiddetta età biologica, lo caratterizzano molto meglio. A parità di età, alcuni ultrasessantacinquenni sono in buona salute, attivi, autonomi, altri appaiono sofferenti, passivi, invalidi, e tra questi due estremi c'è uno spettro infinito di condizioni intermedie. Va inoltre aggiunto che "l'anziano ha comunque un equilibrio più fragile, per cui una malattia organica o un forte disagio psicologico come un lutto possono accelerare bruscamente il normale processo di invecchiamento" (Milanese et al, 2015).

Per comunicare efficacemente con gli anziani occorre quindi essere consapevoli delle loro profonde differenze.

Gli ostacoli alla comunicazione

Sono stati individuati alcuni fattori peculiari dell'anziano tra quelli che possono rendere la comunicazione

più difficoltosa (*tabella 1*).

Per esempio sentire meno bene può essere un grande ostacolo per l'efficacia comunicativa. Chi ha difficoltà di udito può sentirsi tagliato fuori, meno partecipe, si possono verificare equivoci e incomprensioni. "Spesso questi pazienti si sentono imbarazzati, provano a leggere il movimento delle labbra e a rispondere comunque alle domande, a volte tirando a indovinare. Alcuni faticano a chiedere di ripetere, altri si sentono sciocchi o temono di fare brutte figure perché non seguono il discorso e intervengono in ritardo" (Milanese et al, 2015).

Gli anziani possono anche avere un rallentamento della capacità di comprensione, non solo per l'udito. Possono essere più lenti nell'elaborazione delle informazioni e della memoria operativa, nella capacità di ragionamento e apprendimento: per questo è importante adattare sia la quantità che la velocità del

TABELLA 1

Fattori che possono ostacolare la comunicazione col paziente anziano

- compromissioni dell'udito, della vista, delle funzioni cognitive e della salute generale
- tolleranza dei sintomi ed evitamento della ricerca di assistenza
- non voler disturbare gli operatori sanitari, fingere di comprendere, scarsa memoria e scarsa articolazione dei determinanti della salute come il dolore

da: Gaffney et al, 2022

flusso di informazioni alla capacità dell'anziano di riceverle, elaborarle e ricordarle. Per calibrare questi aspetti, è indispensabile l'osservazione del paziente e della sua comunicazione non verbale, fare pause periodiche e frequenti riepiloghi. Da notare che le persone che perdono gradualmente le abilità cognitive, conservano, anche nelle fasi più avanzate, le potenzialità emotive. Sono quindi molto sensibili alla comunicazione non verbale e percepiscono le dissonanze tra le parole e l'atteggiamento del medico, per esempio quando è nervoso o di fretta ma cerca di apparire calmo. Sono confortati dai sorrisi, dai gesti e dal semplice tenere la mano (Milanese 2015).

Le 10 regole d'oro

Proprio in virtù dell'osservazione delle peculiarità della comunicazione con il paziente anziano, il National Institute on Aging ha stilato un elenco di suggerimenti per rendere più efficace la comunicazione (tabella 2):

TABELLA 2

Il decalogo per la comunicazione col paziente anziano

1 Parlare al paziente con rispetto
2 Mettere il paziente a proprio agio
3 Evitare di mettere fretta
4 Parlare chiaramente
5 Scrivere o stampare i punti chiave
6 Riconoscere che persone di diversa provenienza possono avere aspettative diverse
7 Compensare i deficit uditivi
8 Compensare i deficit visivi
9 Considerare familiari e caregiver come parte del team sanitario
10 Avere accorgimenti specifici per l'acquisizione di un'anamnesi completa

1. Parlare al paziente con rispetto. Avere disabilità fisiche, sensoriali o cognitive non compromette la maturità di un paziente adulto. Gli anziani in particolare potrebbero essere abituati a modalità più formali: è preferibile instaurare subito un rapporto di rispetto utilizzando un linguaggio formale (come "Sig. o Sig.ra") ed evitando termini familiari, come "caro/a", che potrebbero essere percepiti come irrispettosi.

2. Mettere il paziente a proprio agio. Il medico dovrebbe chiedere al personale di assicurarsi che i pazienti siano seduti comodamente in sala d'attesa. I pazienti con mobilità ridotta potrebbero dover essere accompagnati da e verso le sale visita, gli uffici, i servizi igienici e la sala d'attesa. Potrebbero aver bisogno di assistenza per salire sul lettino o per togliersi vestiti o scarpe.

3. Evitare di mettere fretta. Può sorgere impazienza a causa del ritmo di una persona anziana: meglio esserne consapevoli. Alcune persone potrebbero avere difficoltà a seguire domande incalzanti o gestire tante informazioni. È utile cercare di parlare più lentamente, per dare loro il tempo di elaborare ciò che viene chiesto o detto, senza interromperli. Una volta interrotto, infatti, è meno probabile che un paziente riveli tutte le sue preoccupazioni. Se il tempo è un problema, si potrebbe suggerire loro di preparare un elenco delle proprie questioni di salute o delle domande prima degli appuntamenti.

4. Parlare chiaramente. Non dare per scontato che i pazienti conoscano la terminologia medica. Usare un linguaggio semplice e chiedere se sono necessari chiarimenti. Assicurarsi che il paziente comprenda il problema di salute, cosa deve fare e perché è importante agire. Fondamentale è rivolgersi al paziente faccia a faccia, non voltandogli le spalle o mentre si scrive.

Molte persone con problemi di udito capiscono meglio quando possono leggere le labbra oltre ad ascoltare. Osservare il linguaggio del corpo di un paziente può anche aiutare a capire se ha compreso quello che il medico sta dicendo.

5. Scrivere o stampare i punti chiave. Spesso può essere difficile per i pazienti ricordare tutto ciò che viene discusso durante una visita. Gli anziani con più di una condizione medica o problema di salute traggono particolare beneficio dall'aver appunti scritti chiari e specifici o dispense stampate. In questo modo, hanno informazioni da rivedere in seguito.

6. Riconoscere che persone di diversa provenienza possono avere aspettative diverse. Le differenze culturali possono influenzare la comunicazione con i pazienti. Se necessario e possibile, fornire servizi di traduzione professionale e materiale scritto in diverse lingue.

7. Compensare i deficit uditivi. È importante assicurarsi che il paziente senta quello che dice il medico. In ogni modo è meglio parlare in modo chiaro e con un tono di voce normale: gridare o parlare a voce alta distorce i suoni e può dare un'impressione di rabbia, e una voce acuta può essere difficile da sentire.

È preferibile rivolgersi direttamente alla persona, all'altezza degli occhi, in modo che possa leggere le labbra o cogliere indizi visivi.

Si può indicare al paziente quando si sta cambiando argomento, ad esempio facendo una breve pausa, parlando a voce un po' più alta, indicando l'argomento di discussione, toccandolo delicatamente o ponendogli una domanda. Tenere a portata di mano un bloc notes per annotare i punti fondamentali, come diagnosi, trattamenti e termini importanti.

8. Compensare i deficit visivi. Assicurarsi che ci sia un'illuminazione adeguata e che il paziente



abbia portato e indossi occhiali o lenti a contatto, se necessario.

Verificare che le istruzioni scritte siano chiare e leggibili per il paziente. Se ha difficoltà a leggere a causa dell'ipovisione, valutare la possibilità di fornire alternative, come istruzioni audio, immagini o diagrammi di grandi dimensioni.

9. Considerare i familiari e care giver come parte del team sanitario. In molti casi familiari e gli altri caregiver informali fungono da facilitatori per aiutare il paziente a esprimere le proprie preoccupazioni e possono rafforzare le informazioni fornite. Ma prima, per proteggere e rispettare la privacy del paziente, è opportuno verificare con lui come percepisce il ruolo dell'accompagnatore durante la visita.

È importante inoltre coinvolgere il paziente nella conversazione, facendo attenzione a non rivolgere le proprie osservazioni solo all'accompagnatore.

Si può chiedere all'accompagnatore di uscire transitoriamente dalla sala visita in modo da poter affrontare argomenti delicati e concedere al paziente un po' di tempo per sé, se desidera discutere di questioni personali.

10. Acquisizione di un'anamnesi completa. Potrebbe essere necessario essere particolarmente flessibili quando si acquisisce l'anamnesi dei pazienti anziani. Quando possibile, è consigliabile che la persona racconti la sua storia una sola volta: ripeterla a diversi membri del personale può essere faticoso.

Ecco alcune strategie per ottenere un'anamnesi completa:

Raccogliere dati preliminari. Se possibile, richiedere la cartella clinica precedente o chiedere al paziente o a un familiare di compilare moduli e schede a casa o online prima dell'appuntamento. I questionari dovrebbero essere, per quanto possibile, strutturati in modo che siano

facili da leggere, utilizzando caratteri grandi (almeno 14 punti) e lasciando abbastanza spazio tra le voci per consentire risposte complete.

Far emergere le preoccupazioni attuali. I pazienti anziani tendono ad avere più patologie croniche. Si può iniziare la seduta chiedendo al paziente di parlare della sua preoccupazione principale. Ad esempio, "Cosa la porta qui oggi?" o "Cosa la preoccupa di più?"

La preoccupazione principale potrebbe non essere la prima menzionata, soprattutto se si tratta di un argomento delicato. Chiedere, ad esempio, "C'è qualcos'altro?", anche più di una volta, nel caso, aiuta a mettere tutte le preoccupazioni del paziente sul tavolo all'inizio della visita. Se ce ne sono troppe da affrontare tutte insieme, può essere meglio concordare con il paziente di dare la precedenza ad alcune ora e considerare le altre la prossima volta. Incoraggiare il paziente (e chi si prende cura di lui) a portare con sé un elenco scritto di dubbi e domande a una visita di controllo.

Discutere dei farmaci. Le persone anziane spesso assumono molti farmaci prescritti da diversi medici e alcune interazioni farmacologiche possono portare a complicazioni gravi. È utile suggerire ai pazienti di portare con sé un elenco di tutto quello che prendono: prescrizione, farmaci da banco, vitamine e integratori alimentari, inclusi il dosaggio e la frequenza di ciascuno. Oppure di portare tutto con sé in una borsa. Verificare che il paziente stia usando ogni farmaco come prescritto.

Chiedere informazioni sulla storia familiare. La storia familiare non solo indica la probabilità del paziente di sviluppare alcune malattie, ma fornisce anche informazioni sulla salute dei parenti che si prendono cura del paziente o che potrebbero farlo in futuro. Conoscere la struttura familiare aiuterà a valutare il sup-

porto che potrebbe essere disponibile da parte dei familiari.

Chiedere informazioni sullo stato funzionale. La capacità di svolgere le attività di base della vita quotidiana (Adl) riflette e influenza la salute del paziente. Esistono valutazioni standardizzate delle Adl che possono essere eseguite rapidamente in ambulatorio. Comprendere il normale livello di funzionamento di un paziente anziano e conoscere eventuali cambiamenti significativi recenti è fondamentale per fornire un'assistenza sanitaria adeguata.

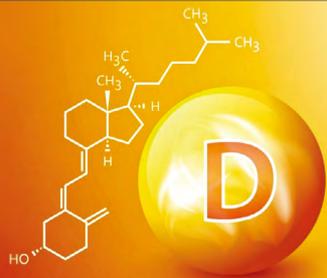
Considerare la vita e la storia sociale del paziente. Chiedere informazioni su dove vive, chi altro vive in casa o nelle vicinanze, sulla sicurezza del quartiere, sulle sue condizioni di guida e sull'accesso ai trasporti. Determinare le abitudini alimentari, valutare il suo umore e l'eventuale consumo di tabacco, droghe e alcol. Comprendere la vita e la routine quotidiana di una persona può aiutare a capire come lo stile di vita potrebbe influire sulla sua assistenza sanitaria e a elaborare interventi realistici e appropriati.

In sintesi, come in ogni situazione, occorre quindi calibrare la comunicazione sulla base della persona che si ha davanti, al suo stato d'animo e all'ambiente in cui ci troviamo. Questa è una delle regole più importanti di qualunque tipo di relazione, improntata al rispetto, all'ascolto, all'accoglienza dell'altro.

BIBLIOGRAFIA

- Gaffney HJ, Hamiduzzaman M. Factors that influence older patients' participation in clinical communication within developed country hospitals and GP clinics: A systematic review of current literature. *PLoS ONE* 2022; 17(6): e0269840.
- Milanese R, Milanese S. Il rimedio, il tocco, la parola. 2015. Ponte alle grazie ed.
- National Institute on Aging. Talking With Your Older Patients. 2023. <https://www.nia.nih.gov/health/health-care-professionals-information/talking-your-older-patients>
- Thomson G, Khan K. Phl per i medici. L'arte e la scienza del linguaggio per la guarigione. 2009. Alessio Roberti ed.

Da integratore a ormone: il ruolo preventivo della vitamina D



Il documento di consensus dal titolo "A Personalized Approach to Vitamin D Supplementation in Cardiovascular Health Beyond the Bone" evidenzia come la vitamina D, da sempre correlata alla salute dello scheletro, svolga un ruolo rilevante anche nel mantenimento della salute cardiovascolare. La carenza di vitamina D è associata a un aumento del rischio di ipertensione arteriosa, aterosclerosi, infarto miocardico e ictus.

"Le evidenze che collegano bassi livelli di vitamina D a un aumentato rischio cardiovascolare erano già disponibili, ma frammentarie", spiega la professoressa **Anna Vittoria Mattioli** (Alma Mater Studiorum - Università di Bologna), prima firmataria del documento. "Con questo consensus - continua Mattioli - abbiamo voluto fornire una sintesi critica e operativa, utile anche al clinico nella pratica quotidiana. L'ipovitaminosi D va considerata un nuovo fattore di rischio modificabile, come già accade per altri biomarcatori".

Il professor **Francesco Fedele** (Sapienza Università di Roma), presidente Inrc, aggiunge: "Esiste una discrepanza tra le evidenze osservative, che mostrano l'associazione tra ipovitaminosi D e patologie cardiovascolari, e l'assenza di risultati conclusivi sull'efficacia clinica

della supplementazione. Da qui è nata l'esigenza di fare chiarezza con un documento che analizzasse la letteratura e proponesse una nuova prospettiva metodologica per studi futuri".

Il testo chiarisce che la vitamina D non è un semplice integratore, ma un ormone attivo su più fronti fisiopatologici, inclusi il sistema renina-angiotensina aldosterone, il metabolismo lipidico, lo stato infiammatorio e la funzione endoteliale.

I limiti degli studi precedenti sono noti alla comunità scientifica: mancata selezione della popolazione in base al rischio cardiovascolare, assenza di personalizzazione nei dosaggi, durata standardizzata dei trattamenti. Mattioli sottolinea: "Gli studi interventistici condotti negli anni passati applicavano un approccio "one size fits all", ma la risposta alla supplementazione è influenzata da molti fattori: esposizione solare, dieta, attività fisica, stato metabolico. Nel nostro consensus proponiamo un modello "treat-to target": bisogna misurare i livelli di vitamina D del paziente, definire l'obiettivo della terapia in caso di carenza, adattare il trattamento in base alla risposta e monitorare nel tempo i risultati. È lo stesso principio che già applichiamo per la gestione delle dislipidemie o della ipertensione arteriosa".

Le prospettive: medicina di precisione e nuovi studi clinici

Il lavoro rappresenta un importante punto di partenza, ma non di arrivo. Il gruppo di esperti dell'Inrc è già al lavoro su un nuovo studio clinico, che coinvolgerà pazienti con insufficienza cardiaca, sia con frazione di eiezione preservata che ridotta. "Così come la terapia marziale ha dato esiti positivi nei pazienti con scompenso, anche la supplementazione mirata di vitamina D potrebbe rivelarsi una leva terapeutica importante, con benefici concreti in termini di risultati clinici", precisa Fedele. Il consensus rappresenta dunque un punto di svolta: si propone come base scientifica condivisa per guidare la supplementazione di vitamina D in campo cardiovascolare, prospettando una strategia personalizzata, che considera la carenza basale, l'età, le comorbidità e lo stile di vita dei pazienti, e integrando i concetti di medicina di precisione, fisiopatologia endocrina e cardiologia preventiva.

"Abbiamo applicato le nostre competenze in ambito cardiovascolare per ridefinire l'approccio alla vitamina D e superare l'idea che sia destinata esclusivamente a bambini, donne in menopausa e anziani per contrastare la fragilità ossea", conclude Mattioli.

DERMATOLOGIA

Gli errori che moltiplicano il rischio di melanoma



Basta un numero spaventosamente basso di scottature solari nell'arco della vita di una persona per renderla vulnerabile al melanoma. Secondo l'American Academy of Dermatology (<https://www.aad.org/media/stats-skin-cancer>), cinque o più scottature solari con la comparsa di vesciche tra i 15 e i 20 anni d'età aumentano infatti il rischio di melanoma dell'80% e il rischio di altri tumori della pelle non melanoma del 68%. A lanciare un avvertimento, invitando a una maggiore attenzione e prudenza in vista delle prossime vacanze estive, è **Paolo Ascierto**, presidente della Fondazione Melanoma e direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Pascale di Napoli, in occasione del mese di maggio, dedicato alla prevenzione del Melanoma.

"Le scottature solari possono aumentare il rischio di sviluppare il me-

lanoma, soprattutto se ripetute e gravi, e in particolare durante l'infanzia e l'adolescenza - spiega Ascierto -. L'esposizione ai raggi Uv danneggia il Dna delle cellule della pelle, e se questo danno non viene riparato dal sistema immunitario, può portare a mutazioni che possono causare il cancro della pelle, incluso il melanoma. Il processo di trasformazione tumorale è molto lungo e può avere origine da alterazioni avvenute in età pediatrica. La pelle è infatti in grado di 'memorizzare' il danno ricevuto dalle scottature solari accumulate durante l'infanzia. Per questo è fondamentale evitarle fin da piccoli, in modo da scongiurare seri danni sul lungo periodo".

Evitare di esporsi al sole nelle ore più calde, utilizzare una crema solare con un fattore di protezione di 50+ e indossare un cappello sono le "regole d'oro" più note, che tuttavia ancora oggi vengono poco seguite. Non sorprende quindi il vertiginoso au-

mento dei casi di melanoma in Italia. "Il melanoma - dice Ascierto - è uno dei principali tumori che insorgono in giovane età e costituisce in Italia attualmente il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 50 anni. Negli ultimi 20 anni la sua incidenza è aumentata drammaticamente passando dai 6.000 casi nel 2004 agli 11.000 nel 2014, fino agli oltre 17.000 stimati nel 2024".

Si stima che quasi 9 melanomi su 10 siano prevenibili, ma ancora tanti italiani non sanno come farlo correttamente. "Nonostante le numerose campagne di informazione e sensibilizzazione, i dati sull'aumento dei casi di melanoma ci suggeriscono che molti italiani sono ancora poco cauti e attenti alla prevenzione - sottolinea Ascierto -. In particolare ci sono 7 comunissimi errori che si tendono a fare e che rischiano di vanificare gli sforzi per proteggersi dagli effetti negativi dei raggi Uv".

RISCHIO MELANOMA - GLI ERRORI PIÙ COMUNI

- **Pensare di abbronzarsi in sicurezza.** Sbagliato. Non esiste un modo sicuro o sano per abbronzarsi. I raggi Uv stimolano la produzione di pigmenti per proteggere il Dna delle cellule, ma questa protezione è minima.
- **Pensare che la crema solare offra una protezione al 100%.** Sbagliato: la crema solare, anche con un fattore di protezione molto alto, non protegge totalmente dai danni dei raggi UV.
- **Non usare la protezione solare perché si ha la pelle scura o perché si è già abbronzati.** Sbagliato. La pelle scura non è immune ai danni del sole: i raggi Uv possono comunque penetrare e causare danni al Dna cellulare.
- **Utilizzare le creme solari dell'anno precedente.** Sbaglia-

to. L'efficacia delle creme solari può arrivare al massimo fino a 12 mesi dall'apertura della confezione e solo se è stata conservata correttamente.

- **Proteggersi di meno se è nuvoloso e c'è vento.** Sbagliato. È possibile scottarsi lo stesso perché i raggi Uv penetrano comunque attraverso le nubi sottili.
- **Rinunciare agli occhiali da sole, ritenendoli superflui.** Sbagliato. Il melanoma può colpire anche l'occhio.
- **Pensare che le creme doposole riparino i danni provocati da una scottatura.** Sbagliato. Le creme doposole servono a idratare la pelle ma non possono avere alcun effetto benefico su eventuali danni al Dna prodotti dai raggi Uv.



LINEE GUIDA

Emicrania: un documento che aiuta a razionalizzare le scelte terapeutiche

L'emicrania è una sindrome neurologica complessa che coinvolge nervi, neurotrasmettitori, vasi sanguigni cerebrali. Chiarendo meglio i meccanismi dell'emicrania, i farmaci a disposizione sono diventati sempre più numerosi: ora appartengono a classi differenti, possono non solo trattare ma anche prevenire gli attacchi. Un tempo, gli unici (o quasi) farmaci utilizzati erano i Fans, cioè analgesici non specifici. Utili, ma facevano quello che potevano. E presentavano alcuni rischi, se usati in eccesso: effetto rebound, cioè un ritorno della cefalea alla fine dell'azione, cronicizzazione del dolore (ed è quello che capita agli emicranici che invece di andare dal medico insistono eccessivamente con l'automedicazione). Senza contare l'azione lesiva per lo stomaco e tossica per il cuore, a dosi massicce. Poi negli anni 90 arrivarono i primi farmaci specifici che agivano sul meccanismo del dolore, precisamente su alcuni recettori della serotonina. Infine, dopo un lento sviluppo, negli ultimi anni c'è stato un vero "salto evolutivo". Sono successivamente apparsi i ditani, più specifici e con meno effetti collaterali, e poi i gepanti, tutti aventi come bersaglio il principale responsabile del dolore emicranico, cioè il Cgrp, un peptide legato alla vasodilatazione e che interviene nella trasmissione del dolore: quindi un elemento centrale per

l'emicrania. E infine sono arrivati addirittura anticorpi monoclonali destinati a prevenire gli attacchi: tre molecole che bloccano il Cgrp e una il suo recettore. Oltre alle nuove molecole, anche la tossina botulinica si è dimostrata efficace nella terapia dell'emicrania cronica grazie a una azione specifica sui terminali nervosi che producono il Cgrp. Insomma, sono stati fatti passi da gigante.

Si è creata una situazione complessa in cui si sentiva il bisogno di strumenti che indirizzassero il medico nelle scelte terapeutiche secondo le evidenze. Adesso, a fronte di questa nuova realtà, due società scientifiche la Sisc e la Ihs hanno elaborato le prime linee guida per il trattamento dell'emicrania. Sono una novità mondiale. "Disporre di linee guida costruite con criteri rigorosi e condivisi a livello internazionale consentirà ora ai medici di orientarsi tra le molte opzioni terapeutiche disponibili, scegliendo in modo consapevole il farmaco più sicuro ed efficace" ha affermato la professoressa **Marina de Tommaso**, presidente della Sisc, Neurologa e Professoressa Ordinaria all'Università di Bari. "È anche un potente strumento di riferimento per le istituzioni sanitarie, affinché possano garantire l'accesso in rimborsabilità alle cure migliori".

Le linee guida sono state pubblicate sulla rivista *Cephalalgia*. Sono due documenti distinti: il primo è

un testo di oltre 400 pagine, che presenta nel dettaglio il metodo di valutazione e l'analisi delle evidenze cliniche sull'emicrania. Il secondo, più sintetico, contiene le raccomandazioni finali, per l'utilizzo quotidiano da parte degli specialisti e dei medici di medicina generale. Il progetto è nato dapprima per iniziativa della Sisc, e successivamente ha coinvolto la Ihs, la più autorevole società scientifica mondiale nel campo delle cefalee.

"Questo lavoro, che ha coinvolto i maggiori esperti italiani e internazionali nel campo dell'emicrania, è il risultato di molti mesi di impegno scientifico e collaborazione internazionale", dichiara la professoressa **Simona Sacco**, Professoressa Ordinaria di Neurologia dell'Università dell'Aquila, che ha coordinato l'elaborazione delle linee guida. "Offriamo ora alla comunità medica uno strumento pratico e aggiornato per migliorare la qualità delle cure offerte ai pazienti".

Va poi ricordato che gli esperti di Sisc e Sin (Società Italiana di Neurologia) hanno anche contribuito in modo determinante alla revisione dei criteri di prescrivibilità in materia previsti dall'Aifa.

Bibliografia

- Ornello R, et al, *Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of migraine, summary version. Cephalalgia 2025. <https://doi.org/10.1177/03331024251321500>*

OFTALMOLOGIA

Malattia oculare tiroidea, una sfida per il clinico



Ted è l'acronimo di Thyroid Eye Disease, ovvero malattia oculare tiroidea, una patologia autoimmune, complessa e debilitante che nei casi più gravi può causare perdita della vista, disfigurazione facciale e compromette gravemente la qualità della vita dei pazienti.

In Italia, la malattia oculare tiroidea colpisce da 14.000 a 50.000 persone circa, con una prevalenza significativa tra le donne (82%), in particolare nella fascia d'età compresa tra i 30 e i 60 anni. "La malattia oculare tiroidea (Ted) è una patologia ancora poco riconosciuta, così come poco chiari sono i meccanismi che la causano. Sappiamo che una risposta immunitaria anomala produce autoanticorpi che innescano processi infiammatori a carico dei tessuti dell'orbita oculare. La malattia coinvolge in particolare i muscoli extraoculari e il tessuto retro-orbitario, causando gonfiore, dolore, alterazioni della motilità oculare e, nei casi più gravi, compromissione visiva", spiega **Mario Salvi**, Responsabile Centro di orbitopatia basedowiana, Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore, Milano.

I segni più comuni della malattia oculare tiroidea sono occhi sporgenti (proptosi o esoftalmo) e retrazione della palpebra ma la patologia può presentarsi con una molteplicità di segni e sintomi, come lo strabismo con visione doppia (diplopia), che possono colpire un solo occhio o entrambi in modo diverso.

La diagnosi corretta e tempestiva rappresenta spesso uno dei principali ostacoli, perché i pazienti tendono a sottovalutare la progressione dei sintomi oculari in fase iniziale; inoltre, l'accesso agli specialisti può risultare poco strutturato. Una diagnosi precoce e accurata è fondamentale per identificare tempestivamente la patologia e limitare, in modo importante, la progressione verso forme più severe.

Le difficoltà diagnostiche e la centralità del Mmg

I segni e i sintomi della malattia oculare tiroidea, soprattutto nella fase iniziale, possono essere facilmente scambiati per comuni forme di congiuntivite o per un'allergia. Questo è uno dei motivi per cui la diagnosi può essere tardiva, con il rischio di compromettere la salute visiva del paziente", afferma **Francesco Quaranta Leoni**, Referente Aimo per la Chirurgia oftalmoplastica e Responsabile del Servizio di Chirurgia Oftalmoplastica di Tiberia Hospital a Roma. "La malattia presenta caratteristiche che richiedono l'intervento di più figure specialistiche: il medico di medicina generale ha spesso un ruolo fondamentale nel riconoscere i primi segnali e indirizzare il paziente verso lo specialista; l'oculista con competenze in ambito oculoplastico è essenziale per valutare i segni e sintomi oculari specifici; l'endocrinologo deve occuparsi della regolazio-

ne della tiroide. Una valutazione corretta del paziente consente di arrivare a una diagnosi accurata e tempestiva e avviare il trattamento più adatto, riducendo il rischio di complicanze gravi e garantendo un attento monitoraggio nel tempo".

Una convivenza molto difficile per il paziente

Convivere con la malattia oculare tiroidea (Ted) significa fare i conti anche con una serie di difficoltà e ostacoli pratici. Il 61% dei pazienti riscontra una limitazione in almeno un'attività della vita quotidiana come guidare, camminare, leggere o lavorare. Le difficoltà visive e funzionali possono interrompere il percorso professionale o comportare lunghe assenze dal lavoro, con conseguenze importanti sul piano economico e personale. A questo si aggiunge il carico psicologico: il 40% dei pazienti soffre di ansia e il 22% soffre di depressione.

Per aiutare i pazienti a riconoscere la malattia e ad affrontarne le molteplici sfide, la campagna "**Ti presento Ted - Malattia Oculare Tiroidea: guardiamola a vista**" mette a disposizione strumenti informativi e pratici per conoscerla e affrontarla.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone la bibliografia

Terapia nutrizionale nella malattia renale cronica: uno strumento chiave

Le diete renali sono impegnative per i pazienti e l'aderenza può essere bassa, vanificando i potenziali benefici dell'intervento nutrizionale. Per ottenere un'aderenza dietetica elevata e i relativi benefici clinici, l'approccio deve essere precoce, graduale e personalizzato, cioè centrato sul paziente

Vincenzo Bellizzi

*Direttore Uoc Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta
Consigliere del Direttivo della Società Italiana di Nefrologia (Sin)*

Circa il 10% della popolazione mondiale (oltre 800 milioni di persone) è affetto da malattia renale cronica (Mrc). La malattia è progressiva, ed evolve verso l'insufficienza renale terminale che richiede un trattamento sostitutivo, cioè la dialisi o il trapianto di rene. La Mrc è gravata da una mortalità che è tra le 10 principali cause di morte e che è in aumento, a differenza delle altre malattie croniche. La dieta ha un ruolo fondamentale nella terapia della Mrc, contrastando le alterazioni metaboliche e le complicanze della malattia, e rallentandone la progressione verso la dialisi. La terapia nutrizionale ancora oggi resta uno dei pilastri del trattamento della Mrc.

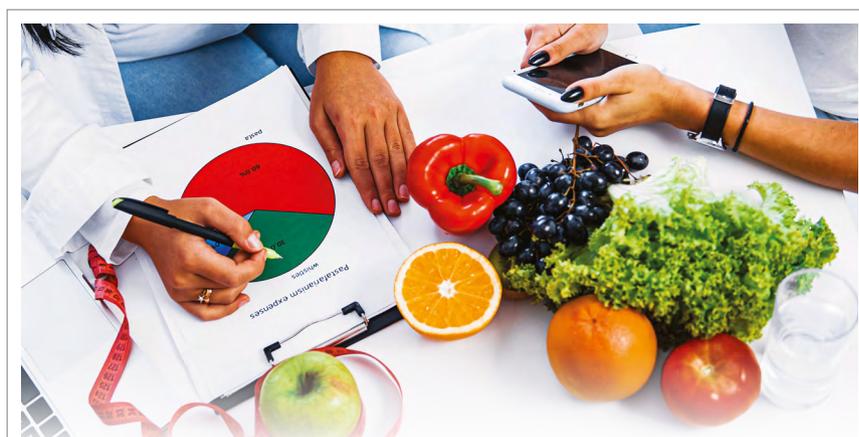
Controllo metabolico e ruolo della dieta

Con la riduzione della funzione renale, diversi nutrienti o loro prodotti di degradazione, normalmente eliminati per via renale, come l'azoto contenuto nelle proteine, il fosforo, il potassio, il sodio, e gli acidi organici, non vengono più eliminati completamente e si accumulano nell'organismo, causando le alterazioni

metaboliche della malattia (acidosi metabolica, iperpotassiemia, iperparatiroidismo, iperazotemia, aumento dei liquidi corporei, ipertensione arteriosa). Queste alterazioni metaboliche peggiorano negli stati più avanzati della malattia renale cronica e contribuiscono all'aumento delle complicanze cardiovascolari. Con la riduzione dell'apporto alimentare di alcuni nutrienti e minerali (proteine, acidi, fosfati, sodio), è possibile migliorare tali complicanze metaboliche e, di conseguenza, anche quelle cliniche e cardiovascolari che si associano alla Mrc.

Ruolo delle proteine nel metabolismo corporeo

Le proteine svolgono un ruolo fondamentale sulla crescita dell'individuo durante l'infanzia e sul mantenimento di una corretta composizione corporea nell'età adulta, in particolare della massa muscolare. L'organismo, tuttavia, non accumula l'azoto delle proteine assunte in eccesso (come avviene, ad esempio, per il grasso) e, quindi, quelle che non servono vengono degradate e producono urea, che viene eliminata dai reni. Nella Mrc questa



La terapia nutrizionale dev'essere personalizzata e condivisa col paziente

capacità di eliminare l'urea in eccesso si riduce e la sostanza si accumula nel sangue e nella maggior parte degli organi, compromettendone le funzioni. Pertanto, è fondamentale che un paziente con Mrc riduca l'assunzione di proteine al minimo necessario per mantenere un bilancio azotato sufficiente, evitando ogni eccesso di proteine non necessarie che aumenterebbero la produzione e l'accumulo di urea. La quantità minima di proteine in grado di mantenere il bilancio minimo dell'azoto, senza provocare degradazione muscolare, è di 0.5 grammi per chilogrammo di peso corporeo al giorno. Infatti, le linee guida di sanità pubblica raccomandano di assumere 0.8 grammi di proteine per kg die (margine di sicurezza per garantire il fabbisogno a tutta la popolazione). Tuttavia, la maggior parte degli individui, inclusi i pazienti con Mrc, assume una quantità di proteine molto maggiore (circa 1.4 grammi) rispetto a questo fabbisogno, e dunque produce urea in eccesso, che nella Mrc si accumula e causa aumento dell'azotemia.

Proteine e progressione della malattia renale

Le proteine agiscono anche sulla funzione di filtrazione renale. L'assunzione di proteine con la dieta determina aumento del lavoro del glomerulo renale, causandone ipertensione, ipertrofia, iperfiltrazione e, in ultimo, fibrosi. Negli individui sani, ridurre l'apporto di proteine con la dieta riduce il carico di lavoro renale e protegge dall'induzione di malattia renale. Un'assunzione acuta di carne aumenta la velocità di filtrazione glomerulare (Gfr) del 30% per circa 4 ore dopo il pasto. Le persone sane che assumono spontaneamente e in modo continuativo più proteine hanno un rischio maggiore di compromissio-

ne della funzionalità renale.

Su questo principio di progressione del danno renale si basa il concetto di nefro-protezione; la riduzione delle proteine alimentari (dieta ipoproteica), così come anche i farmaci che contrastano questo effetto, riducendo l'iperfiltrazione renale, proteggono il rene; anche questa proprietà delle proteine deve essere tenuta in considerazione nel trattamento complessivo della malattia renale. Una dieta inappropriata (cioè con elevato contenuto di proteine) rappresenta un fattore di rischio per la progressione della malattia renale; individui con Mrc con introito di proteine di 1.4 per kg al giorno hanno un rischio di iniziare la dialisi maggiore del 40% rispetto a quelli con assunzione di 0.6 grammi. Dunque, la terapia nutrizionale ha un ruolo centrale nelle moderne strategie di trattamento della malattia renale cronica (tabella 1).

Percorsi nutrizionali nella Mrc

La Mrc spesso è clinicamente silente fino agli stadi più avanzati, ma le anomalie metaboliche e nutrizionali compaiono durante lo stadio 3 della malattia. Quando la funzionalità renale si riduce, all'inizio l'escrezione dei soluti aumenta nei singoli nefroni permettendo di mantenere un iniziale equilibrio metabolico. Quando la funzionalità renale si riduce ulteriormente, le anomalie metaboliche (acidosi, iperazotemia, iperfosforemia, etc.) e i sintomi clinici (ipertensione, anemia, etc.) diventano evidenti e l'intervento nutrizionale diventa indispensabile per contrastare i disturbi metabolici. Ogni grammo di proteine in meno nella dieta migliora il dismetabolismo. La quantità indicata nella Mrc in stadio 3-5 è di 0.60 g/kg di peso corporeo/die. Inoltre, in casi selezionati, si può utilizzare un apporto

TABELLA 1

Obiettivi dell'intervento nutrizionale nella malattia renale cronica

Migliorare le complicanze metaboliche legate all'insufficienza renale

- Riduce i livelli ematici di azoto, potassio, fosfati, ormone paratiroideo, acidosi metabolica e lipidi (riducendone l'apporto dietetico)
- Riduce la proteinuria (riducendo la pressione glomerulare)

Prevenire la malnutrizione

- Evita un apporto calorico ridotto
- Migliora l'anoressia
- Migliora l'infiammazione

Ridurre i fattori di rischio cardiovascolare e renale

- Migliora l'ipertensione arteriosa riducendo l'apporto di sale (riducendo l'iperidratazione e favorendo l'efficacia dei farmaci antipertensivi)
- Migliora il controllo di proteinuria, dislipidemia, anemia e carenza di ferro

Ritardare l'inizio della dialisi

- Riduce la velocità di riduzione del Gfr nei pazienti che aderiscono alla dieta
- Migliora il controllo delle complicanze uremiche consentendo di iniziare la dialisi ad un Gfr più basso
- Consente una dialisi incrementale, ritardando l'inizio della dialisi a dose piena

proteico ancora più ridotto, pari a 0.3-0.4 g/kg di peso corporeo/die, con l'aggiunta di aminoacidi essenziali e chetoacidi; questa dieta a bassissimo contenuto di proteine garantisce ulteriori benefici metabolici e, nei pazienti aderenti, consente di posticipare l'inizio della dialisi di almeno un anno.

L'intervento nutrizionale nella Mrc dovrebbe essere iniziato precocemente ed avere un andamento progressivo. Schematicamente, si possono considerare tre fasi della terapia nutrizionale nella Mrc:

1. Stadi 1-3a. Intervento su alimentazione e stile di vita:

- a. apporto di proteine 0.8 g/kg/die e sodio <100 mEq/die
- b. normalizzare l'apporto energetico e il peso corporeo
- c. smettere di fumare
- d. praticare regolarmente attività fisica

2. Stadio 3b. Diete ipoproteiche e iposodiche specifiche renali (tabella 2)

3. Stadi 4-5. Interventi nutrizionali di precisione:

- a. prescrizione dietetica personalizzata
- b. prevenzione della malnutrizione
- c. gestione della transizione alla dialisi con programmi integrati.

Cosa mettere nel piatto?

Oltre alla quantità delle proteine, anche la fonte e la qualità degli alimenti è importante. Ad esempio, il quantitativo di fosforo contenuto negli alimenti di origine animale è differente tra i diversi alimenti; inoltre, il fosforo presente negli alimenti vegetali è di qualità diversa, cioè è meno assorbibile, rispetto a quello dei cibi di origine animale; di conseguenza l'impatto del fosforo contenuto negli alimenti animali e vegetali è diverso. Ancora, gli alimenti vegetali contengono meno composti acidi e più basici, quindi hanno un impatto minore sull'acidosi metabolica della Mrc. Infine, oltre ai singoli nutrienti, alcuni modelli dietetici (cosiddetti *pattern* dietetici) sono associati ad un migliore controllo metabolico e delle comorbidità nella malattia renale cronica.

Pertanto, l'elemento essenziale di base della dieta renale consiste nel basso contenuto di proteine e di tutti quei soluti che vengono ritenuti nella Mrc (fosforo, acidi, sodio); tuttavia, la scelta di una dieta mediterranea (o simili diete cosiddette "sane" o "healthy") rappresenta un ulteriore elemento nella scelta della dieta che può avere un impatto significativo sulla malattia renale cronica.

dette "sane" o "healthy") rappresenta un ulteriore elemento nella scelta della dieta che può avere un impatto significativo sulla malattia renale cronica.

Nutrizione renale di precisione

Le diete renali sono impegnative per i pazienti e, come conseguenza, l'aderenza alla prescrizione dietetica può essere bassa, vanificando i potenziali benefici dell'intervento nutrizionale. Per ottenere un'aderenza dietetica elevata e i relativi benefici clinici, l'intervento nutrizionale dovrebbe essere precoce, graduale e personalizzato, cioè centrato sul paziente. Informare adeguatamente il paziente su tutte le opzioni terapeutiche, dare la possibilità di scegliere l'opzione dietetica preferita (tabella 2), adattare la dieta alle esigenze e alle abitudini del paziente, seguirlo costantemente con consigli e supporto, consente di raggiungere un'elevata aderenza alla restrizione proteica. La chiave del successo della terapia nutrizionale nella Mrc è la scelta e la volontà del paziente.

TABELLA 2

Diete renali in base al contenuto proteico

	Quantità proteine <i>g/kg/die</i>	Origine proteine	Energia <i>kcal/die</i>
• Normoproteica	≥1.0	vegetale 100%	30
• Normoproteica-basso	0.8	misto	30
• Mediterranea	1.0-0.8	vegetale 50-75%	30
• Mediterranea renale	0.8-0.6	vegetale 50-75%	30-35
• Vegetale	0.8-0.6	vegetale 50-75%	30-35
• Ipoproteica*	0.6	animale ≥50%	30
• Ipoproteica vegetariana*	0.7-0.6	vegetale 100%	30-35
• Fortemente ipoproteica*	0.4-0.3	prevalente vegetale	30-35

* 1-2 pasti liberi/settimana



Osteoporosi nel sesso maschile

L'osteoporosi continua ad essere considerata una patologia quasi esclusiva del sesso femminile ma un terzo delle fratture, in particolare quelle di femore, si verificano nel maschio. È pertanto necessario richiamare l'attenzione sul problema per ridurre il ritardo nella diagnosi e nella terapia

Arcangelo Minei - Spec. In Endocrinologia - Taranto

Antonella Minei - Specializzanda in Medicina Fisica e della Riabilitazione - Università A. Moro, Bari

Secundo Il più recente studio epidemiologico multicentrico nazionale, Esopo, il 23% delle donne di oltre 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi (Op)¹. Si stima che il rischio di frattura osteoporotica negli uomini di età superiore ai 50 anni arrivi fino al 27%² e sia superiore al rischio di sviluppare il cancro alla prostata che è dell'11.3%³. Rispetto alle donne le fratture dell'anca negli uomini sono associate a un più alto tasso di mortalità, pari al 37% nel primo anno dopo una frattura⁴. Inoltre, negli uomini la mortalità è aumentata dopo la maggior parte delle fratture da fragilità, non solo in seguito a fratture dell'anca⁵. L'aumento previsto del numero di fratture dell'anca negli uomini nel 2050 sarà triplicato rispetto al 1990. *Per tale motivo è necessario richiamare l'attenzione su questo problema al fine di ridurre il ritardo nella diagnosi e nella terapia.*

È noto che sia i maschi che le femmine raggiungono il picco di massa ossea in una età compresa tra i 20 e i 30 anni. Il 90% della massa ossea dell'adulto viene costruito nei primi 20 anni di vita. Fino all'età di 10-12 anni, non ci sono differenze significative nella massa ossea tra ragazzi e ragazze, ma alla pubertà la massa ossea aumenta di più nei maschi⁶. L'accumulo di massa ossea durante l'infanzia e l'adolescenza

è controllato dagli ormoni steroidei sessuali e dall'asse endocrino ormone della crescita/fattore di crescita insulino-simile 1 (IGF-I)⁷. Raggiunto il picco di massa ossea l'osso continua ad andare incontro a un rimodellamento, ma i processi di deposizione e riassorbimento si equivalgono, per cui l'osso rimane in **equilibrio**, nella donna sino alla menopausa, nell'uomo, non potendo individuare con sicurezza l'andropausa, sino a 65-70 anni. Inizia in questo periodo della vita la fase di **riassorbimento**: il rimodellamento diventa meno efficiente e il riassorbimento tende a prevalere sulla formazione. Quando la massa minerale ossea si riduce al di sotto di una certa soglia, le ossa, fragili e indebolite, sono a rischio di frattura. Il picco di massa ossea raggiunto in gioventù è fondamentale per la protezione dello scheletro nell'anziano (e nella donna in post-menopausa). Infatti, maggiore è il suo valore, minore è il rischio di sviluppare l'osteoporosi quando si è anziani non a caso si parla di osteoporosi come di *'malattia pediatrica con conseguenze geriatriche'*⁸.

La Tomografia Quantitativa (Qct) ha identificato una sostanziale differenza tra osteoporosi femminile e maschile. Infatti nell'osteoporosi senile femminile è stata documentata una diminuzione del numero di trabecole ossee che invece nel

maschio sono mantenute, come numero, ma si assottigliano in modo significativo. Nel maschio dopo i 70 anni la demineralizzazione scheletrica subisce una rapida accelerazione ma, nello stesso tempo, non vi è sostituzione di nuovo osso periostale con conseguente perdita di osso corticale⁹.

L'osteoporosi viene distinta in due forme: **primaria**, che include le varietà post-menopausale e senile, e **secondaria**, dovuta a diverse patologie e all'assunzione di alcuni farmaci nel medio-lungo periodo. Le fratture da fragilità per osteoporosi hanno **rilevanti conseguenze**, sia in termini di mortalità che di disabilità motoria, con elevati costi socio/sanitari.

Nell'osteoporosi la tappa fondamentale per prevenirla è rappresentata dal raggiungimento del potenziale genetico del picco di massa ossea durante la fase puberale. Vari studi hanno evidenziato che aumentare la quota minerale dello scheletro in questo stadio di vita, può rallentare di un decennio la comparsa di Op¹⁰. Tra i fattori che possono influire in modo positivo sull'ottenimento di un adeguato picco di massa ossea nel maschio sono: fattori genetici (sesso e razza), grado di attività fisica, adeguata assunzione di calcio, vitamina D e proteine, produzione di ormoni sessuali. Fattori che incidono nega-

tivamente sono: inattività fisica, consumo di fumo, patologie croniche e farmaci (glucocorticoidi, antiepilettici ecc.)

Nel **maschio le cause principali** di osteoporosi sono l'ipogonadismo, l'iperparatiroidismo primitivo, gli stili di vita (alimentazione, fumo, alcol, sedentarietà), patologie gastrointestinali, terapie (cortisonici e farmaci per il tumore della prostata) (tabella 1). La fascia d'età maggiormente colpita è quella dei maschi anziani, in particolare dopo i 70 anni, ma in caso di patologie endocrine l'osteoporosi può esordire in età giovanile.

Il 26 luglio 2024 il Ministero della Salute ha pubblicato la relazione annuale sul consumo di bevande alcoliche nel nostro Paese, trasmessa al Parlamento il 18 luglio 2024. *La fascia di popolazione più a rischio per l'abuso di bevande alcoliche è quella dei 16-17enni per entrambi i generi, seguita dagli anziani ultra 65enni maschi e le giovani donne 18-24enni.*

L'effetto dell'alcol, però, non si limita

all'assunzione da giovani ma anche nella terza età. Nonostante sia stata osservata una correlazione tra l'assunzione massiccia di alcol e la diminuzione della salute delle ossa, il meccanismo con cui questo accada non è ancora chiaro in quanto è nota un'influenza negativa sugli **osteoblasti** ma questa non è sufficiente a spiegare per intero il fenomeno¹¹. Dato che il sistema muscolare è il generatore delle più forti forze meccaniche applicate alle ossa¹², evitare la perdita di massa muscolare (**sarcopenia**) è di fondamentale importanza. Di conseguenza, come per i maschi più giovani, l'esercizio fisico regolare svolge un ruolo importante anche nell'età anziana.

L'**attività fisica** ha un ruolo importante già in età giovanile, perché concorre a formare nuovo tessuto osseo e, in particolar modo nella donna, permette di arrivare all'**età della menopausa** con uno scheletro più "forte", riflessi pronti, equilibrio e coordinazione che riducono il rischio di cadute.

L'attività fisica apporta un beneficio soprattutto nei punti di sollecitazione dell'osso interessato al movimento e tale pressione, legata alla forza di gravità e alle contrazioni muscolari, è un potente stimolo per la formazione dell'osso stesso. Ecco perché sono da preferire attività fisiche "**in carico**" come camminare, correre, fare ginnastica, ma anche il ballo, piuttosto che sport eseguiti in assenza di gravità come, ad esempio, il nuoto.

Un ridotto livello di **testosterone** per gli uomini influenza negativamente il metabolismo osseo provocando una **perdita di massa ossea**. L'ipogonadismo maschile è tra le cause più frequenti di Op secondaria. Se l'insufficienza gonadica insiste in epoca pre o puberale è compromesso il raggiungimento del picco di massa ossea con inibizione della neo-apposizione ossea corticale ed

endostale¹³. In epoca post puberale la perdita della densità ossea è più importante a livello trabecolare con assottigliamento delle trabecole¹⁴.

L'azione degli androgeni sull'osso si esercita principalmente con la loro conversione in estrogeni (aromatasi). Ridotti livelli di aromatasi correlano con ridotta densità minerale dell'osso nell'uomo con testostero-ne normale¹⁵.

Una delle forme più frequenti di ipogonadismo maschile è quella secondaria alla terapia da deprivazione androgenica utilizzata nel K prostatico (Dat). La scelta del trattamento medico, in questa situazione, deve tener conto delle evidenze scientifiche, delle condizioni obiettive della malattia e della volontà del paziente adeguatamente informato. Oggi sappiamo, con crescente evidenza, che la terapia prolungata con Lh-Rh analoghi espone a un certo numero di complicanze tra le quali non possono essere sottovalutati i rischi cardiovascolari, ipotrofia muscolare e osteoporosi.

Diverse classi di **farmaci**, in particolare i corticosteroidi, ma anche alcuni antiepilettici, l'eparina, alcuni antitumorali e molti altri possono indurre direttamente una perdita di osso e, quindi facilitare lo sviluppo dell'osteoporosi, anche in persone giovani, specie se assunti a dosaggi elevati e per un periodo prolungato, nonché aumentare il rischio di frattura a seguito di una banale caduta. I **corticosteroidi** stimolano il riassorbimento e, soprattutto, riducono la neoformazione ossea inibendo proliferazione e differenziazione degli osteoblasti e favorendo l'apoptosi di osteoblasti e osteociti. La perdita di massa ossea causata dai glucocorticoidi inizia precocemente ed è più pronunciata nei primi 6-12 mesi, soprattutto a livello trabecolare (le fratture vertebrali, in particolare, si possono manifestare precocemente dopo l'inizio della te-

TABELLA 1

Cause di osteoporosi nel maschio

- Osteoporosi primitiva
- Abuso alcolico
- Terapia steroidea
- Ipogonadismo
- Iperparatiroidismo
- Ipertiroidismo o incongrua terapia ormonale sostitutiva per patologia tiroidea
- Neoplasie (mieloma, carcinoma della prostata)
- Terapia con farmaci antiepilettici
- Sindrome da malassorbimento
- Allettamento prolungato

rapia cortisonica). Le fratture da fragilità occorrono in una percentuale compresa fra il 30 e il 50% dei pazienti entro i primi 5 anni di terapia cronica con glucocorticoidi e la loro probabilità è ulteriormente aumentata se coesistono altri fattori di rischio, in particolare l'età avanzata. L'incidenza di fratture è correlata alla dose e alla durata della terapia ed è anche influenzata dalla patologia di base per la quale quest'ultima è prescritta (es. artrite reumatoide, malattie infiammatorie intestinali). Sebbene le dosi più basse siano meno dannose di quelle più elevate, è controversa l'esistenza di una dose soglia al di sotto della quale non si verifichi un danno osseo¹⁶. La diagnosi dell'osteoporosi nel maschio non può prescindere dall'anamnesi che può rilevare eventuali pregresse fratture da fragilità. Gli esami ematici si distinguono in quelli di 1° e 2° livello considerando che nel maschio vanno valutati il Psa ed il testosterone (tabella 2). L'esame obiettivo deve valutare la postura del paziente ed in particolare se si è verificato un aumento del-

la cifosi dorsale e/o una riduzione dell'altezza che potrebbero indicare la presenza di uno o più cedimenti vertebrali.

L'esame densitometrico (Dxa) deve valutare preferibilmente la Bmd del femore prossimale specie dopo i 65 anni. Infatti la Bmd lombare dopo i 65 anni può essere inficiata dalla concomitante presenza di fatti degenerativi artrosici che possono falsare la diagnosi. La densitometria del rachide lombare, invece, è più sensibile nel paziente in terapia per ipogonadismo secondario. Anche se i criteri densitometrici per la diagnosi di osteoporosi nel maschio non si basano su livelli di evidenza pari a quelli per la femmina, attualmente, il cut-off diagnostico densitometrico accettato per la definizione di osteoporosi maschile è un livello di T-score <-2.5 Sd rispetto al soggetto giovane adulto maschio (*Commissione intersocietaria per l'Osteoporosi*). Circa gli aspetti terapeutici farmacologici non è superfluo ricordare di dosare il testosterone per correggerne l'eventuale deficit. Vanno corretti eventuali deficit di Ca e Vit. D.

I bisfosfonati orali (alendronato o risedronato) sono trattamenti di prima linea per gli uomini a rischio elevato di frattura, mentre denosumab o zoledronato sono trattamenti di seconda linea¹⁷.

Sicuramente l'osteoporosi è una patologia più frequente nelle donne ma circa 1 milione di uomini nel nostro paese ne soffre. La minore incidenza fa sì che l'osteoporosi nel maschio, molto spesso, viene attenzionata quando si verifica la frattura da fragilità con tutto ciò che ne consegue.

BIBLIOGRAFIA

1. Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica
2. Cooley H, Jones G. A population-based study of fracture incidence in southern Tasmania: lifetime fracture risk and evidence for geographic variations within the same country. *Osteoporos Int* 2001; 12:124-130
3. Merrill RM, et al. The lifetime risk of developing prostate cancer in white and black men. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 1997; 6:763-768
4. Todd CJ, et al. Differences in mortality after fracture of hip: the east Anglian audit. *Bmj* 1995; 310:904-908
5. Bliuc D, et al. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *JAMA* 2009; 301:513-521
6. Bonjour JP, et al. The importance and relevance of peak bone mass in the prevalence of osteoporosis. *Salud publica de Mexico* 2009; 51 Suppl 1:S5-17
7. Russell M, et al. Growth hormone is positively associated with surrogate markers of bone turnover during puberty. *Clinical endocrinology* 2011; 75:482-488
8. Hightower L. Osteoporosis: pediatric disease with geriatric consequences. *Orthopaedic nursing/National Association of Orthopaedic Nurses* 2000; 19:59-62
9. Jones G, et al. Progressive loss of bone in the femoral neck in elderly people: longitudinal findings from the Dubbo osteoporosis epidemiology study. *Bmj* 1994; 309:691-695
10. Hernandez CJ, et al. A theoretical analysis of the relative influences of peak BMD, age-related bone loss and menopause on the development of osteoporosis. *Osteoporos Int* 2003; 14:843-847
11. Alcohol Prevention Day 2024 Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica
12. Cederholm T, et al. (2013) Sarcopenia and fragility fractures. *Eur J Phys Rehab Med* 2013; 49:111-117
13. Riggs BL, J Bone Miner Res. 2008, 23: 205-214
14. Orwell E. *J Clin endocrinol Metab.* 2006 91:1336-1344
15. Meier C, et al. Endogenous sex hormones and incident fracture risk in older men: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study. *Arch Intern Med* 2008;168:47-54.
16. Commissione Intersocietaria per l'Osteoporosi. Linee Guida sulla gestione dell'Osteoporosi e delle Fratture da fragilità. pag.3
17. OrthoAcademy.it. Nuove linee guida per l'osteoporosi maschile, dai livelli di testosterone alla terapia farmacologica 10 Luglio 2024.

TABELLA 2

Esami di laboratorio di laboratorio di I e di II livello

Esami di I livello	Esami di II Livello
• Ves	• Calcio ionizzato
• Emocromo	• Ormone tireotropo (Tsh)
• Proteine totali + elettroforesi proteica	• Paratormone (Pth)
• Calcemia*	• 25-OH-vitamina D
• Fosforemia	• Cortisolemia dopo test di soppressione overnight con 1 mg di desametasone
• Fosfatasi alcalina totale	• Testosterone libero (nei maschi)
• Creatininemia	• Immunofissazione sierica ed urinaria
• Calciuria delle 24h	• Anticorpi antitransglutaminasi
*calcemia corretta (mg/dl): Calcemia totale (mg/dl) + 0.8[4 - albumina in g/dl]	
• Esami specifici per patologie associate (es: ferritina e % di saturazione della transferrina, triptasi, ecc.)	

Nuove evidenze scientifiche sulla correlazione tra steatosi epatica non alcolica e rischio cardiovascolare

Spesso associata ai più noti fattori di rischio Cv, (obesità, diabete mellito, dislipidemia, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica) la Nafld è verosimilmente anche un mediatore precoce del processo aterosclerotico, con il quale condivide alcuni dei meccanismi patogenetici

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Angelo Benvenuto**¹, **Matteo Conte**¹, **Vito Sollazzo**², **Antonio De Luca**²

Premessa

La steatosi epatica o “fegato grasso”, più precisamente non-alcoholic fatty liver disease (Nafld) è la più comune causa di epatopatia cronica nei paesi occidentali. Dal momento che tale condizione è spesso associata ad altre comorbidità come l’obesità, il diabete mellito di tipo 2 o la dislipidemia, veniva generalmente considerata come una singola componente all’interno di una sindrome più ampia: la manifestazione epatica della sindrome metabolica. Sempre più evidenze, stanno indicando che la Nafld, indipendentemente dagli altri fattori di rischio cardiovascolari presenti nel paziente, sia associata ad un più alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari.

Stato dell’arte e prospettive future

La Nafld rappresenta oggi la forma più diffusa di epatopatia cronica nei paesi occidentali. Approssi-

mativamente ha una prevalenza del 25% nella popolazione adulta, destinata a crescere ancora di più nei prossimi anni, divenendo così un importante problema di salute pubblica da affrontare.

La diagnosi di fegato grasso avviene tramite evidenza di steatosi epatica all’ecografia o su esame istologico, escludendo le altre cause di epatopatia come l’uso di farmaci che favoriscono il deposito di grasso nel fegato (es corticosteroidi, amiodarone e metotrexato), disordini ereditari, infezioni virali o consumo alcolico elevato.

La maggior parte dei pazienti con Nafld presentano molteplici fattori di rischio cardiovascolare; una loro identificazione precoce e la selezione di questi pazienti ad alto rischio è importante per l’avvio di terapie di prevenzione primaria allo sviluppo di malattie cardiovascolari.

Secondo quanto riportato da una metanalisi di 16 studi osservazionali, la malattia da fegato grasso presenterebbe un rischio superiore al 64% rispetto a chi non ha Nafld di sviluppare eventi cardiovascolari fatali o meno. Secondo uno studio epidemiologico prospettico eseguito in Francia e Germania, per un periodo di osservazione di 5-9 an-

ni, e nello studio finlandese Opera, pazienti con Nafld hanno una maggior prevalenza di ipertensione arteriosa. Pazienti con fegato grasso sono a più alto rischio di sviluppare aterosclerosi e presentano un Rr 2.26 di sviluppare sindrome coronarica, se confrontati con pazienti senza Nafld. Evidenze crescenti suggeriscono, inoltre, che la Nafld sia associata ad un incrementato rischio di sviluppare aritmie, in particolare fibrillazione atriale e aritmie ventricolari.

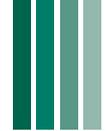
Oltre alle alterazioni funzionali, differenti trial dimostrano che pazienti con Nafld presentino rimodellamento miocardico, soprattutto del ventricolo sinistro con conseguente disfunzione sistolica e/o diastolica.

La Nafld dunque, al contrario di come si pensava in passato, non risulta essere solo una manifestazione epatica della sindrome metabolica, ma un vero e proprio predittore indipendente di rischio di sviluppo di malattie cardiovascolari.

La resistenza all’insulina e la relativa disfunzione metabolica svolgono un ruolo patogeno nello sviluppo della Nafld e delle sue morbidità epatiche più rilevanti (cirrosi, insufficienza epatica e carcinoma epatocellulare) nonché delle complica-

¹ S.C. Medicina Interna
Ospedale “T. Masselli-Mascia”
S. Severo ASL FG

² S.C. Cardiologia Clinica e Interventistica
Ospedale “T. Masselli-Mascia”
S. Severo ASL FG



ze extraepatiche, come le malattie cardiovascolari (Cvd), il diabete mellito di tipo 2 (Dmt2) e la malattia renale cronica (Ckd).

Questo ha indotto nel 2020 un gruppo di esperti a proporre un cambio di terminologia per definire la Nafld come malattia del fegato grasso associata a disfunzione metabolica (Mafld). In un successivo documento di consenso del 2023, un panel di società scientifiche epatologiche ha proposto che Masld sostituisse il termine Nafld e che il nome di steatoepatite non alcolica (Nash) fosse sostituito da steatoepatite associata a disfunzione metabolica (Mash): un cambiamento di nomenclatura per riflettere meglio la fisiopatologia e le implicazioni cardio-metaboliche di questa malattia epatica molto comune.

Gli eventi cardiovascolari avversi maggiori rappresentano la principale causa di mortalità negli adulti con Masld.

Una metanalisi di studi con circa 6 milioni di partecipanti ha concluso che la Masld conferiva un HR aggregato di 1.45 per eventi Cvd fatali e non fatali. Il rischio sembrava aumentare ulteriormente per una malattia epatica più avanzata, in particolare nei casi di Mash con stadi di fibrosi più elevati (Hr 2.50). La Masld promuove non solo l'aterosclerosi coronarica accelerata, ma può colpire anche tutte le altre strutture anatomiche del cuore, conferendo un aumento del rischio di disfunzione diastolica e ipertrofia del ventricolo sinistro, calcificazione valvolare cardiaca e aritmie, con particolare riguardo per la fibrillazione atriale permanente. Una metanalisi su studi di coorte con dati aggregati di 11 milioni di individui di mezza età ha evidenziato che la Masld era associata a un rischio a lungo termine 1.5 volte più elevato di insufficienza cardiaca di nuova

insorgenza indipendentemente dalla presenza di ipertensione, diabete mellito di tipo 2 e altri fattori di rischio cardiometabolico comuni.

L'infiammazione cronica del fegato è una delle principali cause della fibrosi epatica e di ulteriori complicanze della Masld, sia intra- che extra-epatiche. La Mash è presente in circa il 20% dei soggetti affetti da Masld e, nella maggior parte dei casi, è caratterizzata da infiammazione cronica del fegato e infiammazione sistemica di basso grado. L'importanza dell'infiammazione di basso grado nella Cvd è stata evidenziata in uno studio che, analizzando tre ampi studi multinazionali su pazienti in terapia con statine, ha dimostrato come l'infiammazione di basso grado, misurata mediante la proteina C reattiva plasmatica ad alta sensibilità predice in modo più efficace delle concentrazioni di colesterolo Ldl (Ldl-C) il rischio di mortalità e morbilità per Cvd.

Il rischio Cv cresce con la gravità della Nafld

La Nafld è stata quindi associata a un rischio moderatamente aumentato di eventi cardiovascolari fatali o non fatali. Il rischio è aumentato considerevolmente al crescere della gravità della malattia, in particolare in funzione dello stadio della fibrosi.

L'associazione tra la steatosi epatica non alcolica e l'aumento del rischio di malattie cardiovascolari cresce ulteriormente in caso di fibrosi in stadio più avanzato, suggerendo che la malattia possa essere un fattore di rischio indipendente per morbilità e mortalità cardiovascolare.

In definitiva, il rischio cardiovascolare individuale è senz'altro aumentato nei pazienti con Nafld e peggiora con la progressione di malattia verso i quadri di fibrosi

epatica. La diagnosi precoce di Nafld, oltre a definire meglio il rischio complessivo di sviluppare eventi cardiovascolari nel paziente e di selezionare i soggetti più a rischio, permette di avviare precocemente terapie personalizzate con lo scopo di agire sui fattori di rischio cardiovascolari prevenendo lo sviluppo di eventi cardiovascolari potenzialmente gravi e di alto impatto sulla qualità di vita.

Conclusioni

La prevalenza della steatosi epatica non alcolica (Nafld) è stimata tra il 17% e il 33% della popolazione generale. È frequentemente associata con i più noti fattori di rischio cardiovascolari, obesità (60-90%), diabete mellito (28-55%), dislipidemia (27-92%), ipertensione arteriosa (22%); in presenza di sindrome metabolica, la sua frequenza è circa doppia. È verosimilmente un mediatore precoce del processo aterosclerotico, con il quale condivide alcuni dei meccanismi patogenetici (insulinoresistenza, stress ossidativo, disfunzione endoteliale, attivazione infiammatoria). I pazienti con Nafld presentano un rischio di morte superiore alla popolazione generale e le malattie cardiovascolari, insieme a quelle epatiche neoplastiche, rappresentano le cause più frequenti. Negli studi relativi alle alterazioni cardiache in corso di Nafld, sono state descritte alterazioni della geometria ventricolare sinistra e una lieve disfunzione diastolica ed in studi effettuati su un numero limitato di pazienti, è stata osservata una malattia coronarica più estesa e la presenza di placche vulnerabili. In conclusione, la Nafld dovrebbe entrare nel bagaglio culturale del cardiologo per la frequenza con cui si presenta, per la sua stretta associazione con i principali fattori di rischio cardiovasco-

lare (in primis la sindrome metabolica, della quale è la manifestazione epatica) e per i suoi rapporti con la malattia coronarica, che sembrano indicare un ruolo autonomo della

Nafld stessa sulla progressione dell'aterosclerosi, al di là della stretta associazione con i suddetti fattori di rischio. Il riscontro di una steatosi epatica da un lato deve indurre

alla ricerca di altri fattori di rischio notoriamente correlati, dall'altro suggerisce la necessità di un trattamento in grado di ridurre il contenuto grasso del fegato.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Alon L, Corica B et al. Risk of cardiovascular events in patients with non-alcoholic fatty liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Prev. Cardiol.* 2022;29:938-946.
- Ballestri S, Mantovani A et al. Liver Fibrosis Biomarkers Accurately Exclude Advanced Fibrosis and Are Associated with Higher Cardiovascular Risk Scores in Patients with NAFLD or Viral Chronic Liver Disease. *Diagnostics.* 2021;11:98.
- Baratta F, Pastori D et al. Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Fibrosis Associated With Increased Risk of Cardiovascular Events in a Prospective Study. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2020;18:2324-2331.
- Caussy C, Aubin A et al. The Relationship Between Type 2 Diabetes, NAFLD, and Cardiovascular Risk. *Curr. Diab. Rep.* 2021;21:15.
- Chung GE, Cho EJ et al. Young adults with nonalcoholic fatty liver disease, defined using the fatty liver index, can be at increased risk of myocardial infarction or stroke. *Diabetes Obes. Metab.* 2022;24:465-472.
- Dongiovanni P, Paolini E et al. Nonalcoholic fatty liver disease or metabolic dysfunction-associated fatty liver disease diagnoses and cardiovascular diseases: From epidemiology to drug approaches. *Eur. J. Clin. Investig.* 2021;51:e13519.
- Fudim M, Zhong L et al. Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Risk of Heart Failure Among Medicare Beneficiaries. *J. Am. Heart Assoc.* 2021;10:e021654.
- Kasper P, Martin A et al. NAFLD and cardiovascular diseases: a clinical review. *Clin Res Cardiol.* 2021 Jul;110(7):921-937.
- Khalid YS, Dasu NR et al. Increased cardiovascular events and mortality in females with NAFLD: A meta-analysis. *Am. J. Cardiovasc. Dis.* 2020;10:258-271.
- Mantovani A, Csermely A et al. Comparative effects of non-alcoholic fatty liver disease and metabolic dysfunction-associated fatty liver disease on risk of incident cardiovascular events: A meta-analysis of about 13 million individuals. *Gut.* 2022.
- Park JH, Koo BK et al. On behalf of the Innovative Target Exploration of NAFLD (ITEN) Consortium Histological severity of nonalcoholic fatty liver disease is associated with 10-year risk for atherosclerotic cardiovascular disease. *Hepatol. Int.* 2021;15:1148-1159.
- Pisetta C, Chillè C et al. Evaluation of Cardiovascular Risk in Patient with Primary Non-alcoholic Fatty Liver Disease. *High Blood Press. Cardiovasc. Prev.* 2020;27:321-330.
- Pouwels S, Sakran N et al. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): A review of pathophysiology, clinical management and effects of weight loss. *BMC Endocr. Disord.* 2022;22:63.
- Salah HM, Pandey A et al. Fudim M. Meta-Analysis of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Incident Heart Failure. *Am. J. Cardiol.* 2022;171:180-181.
- Santos RD, Valenti L et al. Does nonalcoholic fatty liver disease cause cardiovascular disease? Current knowledge and gaps. *Atherosclerosis.* 2019;282:110-120.
- Shroff H, VanWagner LB. Cardiovascular Disease in Nonalcoholic Steatohepatitis: Screening and Management. *Curr. Hepatol. Rep.* 2020;19:315-326.



Artrite psoriasica: la diagnosi precoce previene danni permanenti

I primi sintomi della malattia spesso persistono per un certo tempo prima che la condizione venga diagnosticata e trattata causando danni irreparabili alla salute delle persone. Ciò potrebbe essere evitato individuando la condizione in anticipo e trattandola in modo efficace, secondo una ricerca condotta da scienziati del Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università di Bath

Il nuovo studio, pubblicato negli *Annals of the Rheumatic Diseases*, ha valutato esattamente dove si verificano ritardi diagnostici e i trattamenti che le persone stanno ricevendo. I risultati confermano un sospetto a lungo sostenuto dagli autori: che i primi sintomi dell'artrite psoriasica (PsA) spesso persistono per un certo tempo prima che la condizione venga diagnosticata e trattata.

I ricercatori chiedono che vengano istituiti sistemi diagnostici migliorati, in cui le persone con artrite psoriasica e i medici che li curano siano supportati nel riconoscere le fasi iniziali e le scansioni diagnostiche siano offerte prima. Una risposta tempestiva può prevenire danni articolari e ridurre il dolore e l'infiammazione, con conseguente miglioramento della funzione fisica e della qualità della vita per la maggior parte dei pazienti.

Il peso del ritardo diagnostico

Lo studio è stato condotto dal Dr. William Tillett, ricercatore presso l'Università di Bath e consulente reumatologo presso il Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, che ha sede presso il

Royal United Hospitals trust di Bath, che ha spiegato: "Il lavoro del nostro gruppo e di altri ricercatori mostra che ritardi nella diagnosi di soli sei mesi possono comportare una peggiore funzione fisica per un paziente nel giro di dieci anni, quindi la diagnosi e il trattamento precoce della malattia, per prevenire danni strutturali e preservare la funzione, è di vitale importanza. Questa malattia può avere un impatto enorme sulla vita delle persone e rendere difficile per loro lavorare e gestire le normali attività quotidiane".



Segni precoci, ma spesso confusi con altre patologie

I segni visibili dell'artrite psoriasica compaiono mesi o addirittura anni prima che una persona sviluppi la condizione conclamata, dando generalmente ai medici tutto il tempo per intervenire con un trattamento appropriato. Tuttavia, i segni sono variabili e possono includere l'eruzione cutanea della psoriasi, rigidità articolare, dolore lombare, affaticamento, gonfiore delle dita delle mani e dei piedi e cambiamenti nella qualità delle unghie delle mani e dei piedi. Questi segni possono essere facilmente confusi con condizioni croniche meno gravi, portando a diagnosi errate. Di conseguenza, spesso si perde tempo prezioso prima che un paziente venga indirizzato a uno specialista, con conseguenti ritardi nella diagnosi e nel trattamento dell'artrite psoriasica.

Il dottor Tillett ha dichiarato: "Con l'artrite reumatoide (un'altra artrite comune), i sintomi sono rapidamente visibili, quindi la condizione viene generalmente diagnosticata senza troppo ritardo. È più difficile rilevare l'infiammazione nelle articolazioni colpite dall'artrite psoriasica, poiché queste,



Il ruolo del mmg può essere importante nell'identificazione precoce della malattia

come quelle della colonna vertebrale, spesso non sono visibili all'occhio e ci vuole un'ecografia per rilevare il danno. Troppo spesso, le scansioni vengono eseguite con forte ritardo dal momento in cui il paziente inizia a notare i sintomi".

Molteplici le cause del ritardo alla diagnosi

Per il nuovo studio, gli autori hanno collaborato con la British Society of Rheumatology e il National Early Inflammatory Arthritis Audit per valutare le persone a cui è stata diagnosticata l'artrite psoriasica tra maggio 2018 e ottobre 2019 ed esplorare il motivo per cui ci sono stati ritardi nella diagnosi.

Le ragioni sono risultate molteplici: le persone sono lente a presentarsi al proprio medico di famiglia con sintomi e una volta che i pazienti trovano la strada per uno specialista, c'è una lunga attesa prima che vengano eseguiti i test diagnostici. Le ragioni dei ritardi tra la visita di uno specialista e l'e-

secuzione di una scansione rimangono poco chiare. I ricercatori hanno in programma di approfondire la questione in studi futuri.

Il team di ricerca ritiene che lo screening delle persone ad alto rischio di sviluppare l'artrite psoriasica insieme a strutture diagnostiche più snelle siano interventi essenziali per fermare l'insorgenza di danni irreversibili.

La dottoressa Rachel Charlton, prima autrice dello studio e ricercatrice di scienze della vita a Bath, ha dichiarato: "Abbiamo bisogno di più educazione sui medici che valutano le persone con sintomi artritici e di un migliore accesso alle scansioni. Dobbiamo anche concentrarci sul trattamento intensivo precoce prima che si manifestino i danni: c'è una finestra di opportunità che si potrebbe sfruttare".

Nel lavoro futuro, i ricercatori hanno in programma di sondare le esperienze dei pazienti e dei medici di fronte all'artrite psoriasica, per sviluppare un quadro più completo delle ragioni alla base dei ritardi diagnostici.

Prevedere il rischio di un paziente

In uno studio separato sull'artrite psoriasica, i ricercatori dell'Università di Bath e dell'Rnhrd hanno studiato la possibilità di prevedere il rischio di un paziente di sviluppare l'artrite psoriasica sulla base delle informazioni raccolte di routine nelle cartelle cliniche dei medici di base. Alex Rudge, uno studente di dottorato presso il Dipartimento di Scienze Matematiche di Bath, ha utilizzato un modello statistico per interpretare le informazioni provenienti da un enorme database proveniente dalle pratiche di assistenza primaria in tutto il paese.

Il suo modello ha trovato alcuni importanti indicatori dell'artrite psoriasica, inclusi i modelli di sintomi e l'uso di farmaci, che potrebbero nel tempo aiutare i medici a identificare una persona a rischio di sviluppare l'artrite psoriasica. Si spera che alla fine venga sviluppato uno strumento software per segnalare i pazienti a rischio al loro medico di famiglia, riducendo così il tempo che intercorre tra la comparsa dei primi sintomi e la diagnosi.

"Se i medici concentrassero la loro attenzione sulle persone che sono considerate a più alto rischio, potrebbero essere più mirati nelle modalità di presa in carico dei pazienti e lo screening sarebbe più conveniente per il servizio sanitario", ha detto il dottor Tillett, che ha supervisionato il progetto del database.

BIBLIOGRAFIA

- Charlton RA, et al. Diagnostic delay and less intensive therapy for people with psoriatic arthritis compared with rheumatoid arthritis: a study nested within an English and Welsh audit data set. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2025. DOI: 10.1016/j.ard.2025.02.020