

# M.D.

M E D I C I N A E   D O C T O R

Anno XXXI, numero 7 - 2024

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

### FOCUS ON 6

**Il disagio dei medici  
di medicina generale  
si fa protesta**

### INDAGINI 9

**Intelligenza artificiale:  
applicabilità e rischi percepiti  
dai medici di famiglia**

### RIFLESSIONI 31

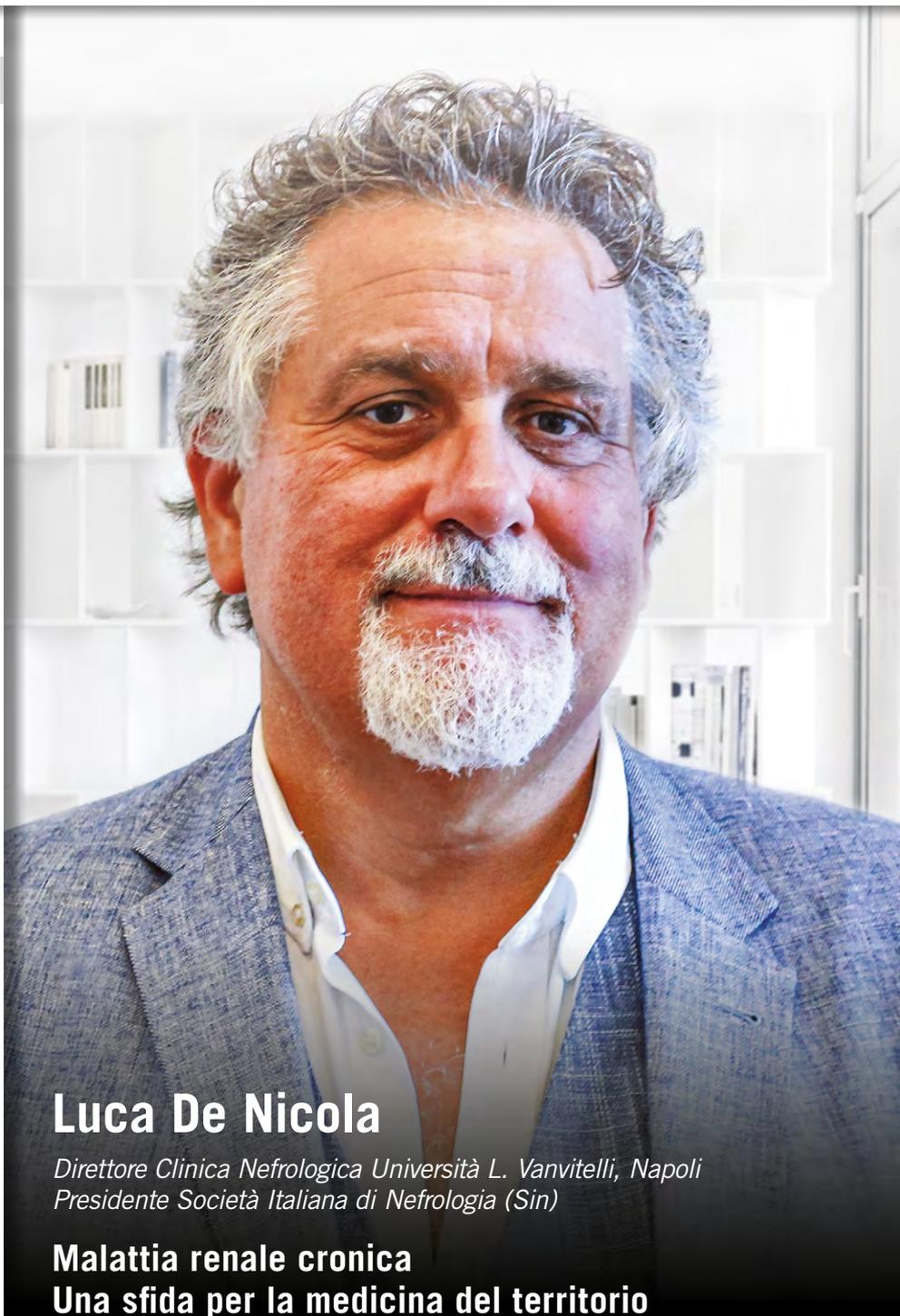
**Utilizzo giudizioso  
dell'antibioticoterapia**

### CLINICA 36

**Il Mmg e il declino  
cognitivo lieve**



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



## Luca De Nicola

*Direttore Clinica Nefrologica Università L. Vanvitelli, Napoli  
Presidente Società Italiana di Nefrologia (Sin)*

**Malattia renale cronica  
Una sfida per la medicina del territorio**

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXI numero 7 ottobre 2024

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

### Pubblicità

Giancarlo Confalonieri  
Luana De Stefano  
Sara Simone

### 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: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Il medico e gli ostacoli al dovere di curare ..... 5
- **Focus on**  
Il disagio dei medici di medicina generale si fa protesta ..... 6
- **Indagini**  
Intelligenza artificiale: applicabilità e rischi percepiti dai medici di famiglia ..... 9
- **Appunti**  
Riflessioni di un medico di famiglia convalescente ..... 12
- **Contrappunto**  
Mmg in attività e in pensione: c'è una questione da chiarire ..... 14
- **Relazione e cura**  
La prima impressione è quella che conta ..... 18

## AGGIORNAMENTI

- **Congressi**  
Nuove raccomandazioni per la nutrizione nel diabete mellito ..... 22
- **Emergenza sanitaria**  
Amianto, in Italia 1.500 morti all'anno a causa del mesotelioma ..... 23
- **Epidemiologia**  
Infezioni sessualmente trasmissibili: aumentano i casi ..... 24
- **Innovazioni tecnologiche**  
Chirurgia addominale, robot pronti al sorpasso sulla laparoscopia ..... 25
- **Oncologia**  
Immunoterapia e complicanze: conoscere per prevenire ..... 26
- **Prevenzione**  
Post-infarto: ruolo chiave del Pcsk9 in caso di C-Ldl fuori controllo ..... 27

## CLINICA E TERAPIA

- **Intervista**  
La MRC è la principale malattia cronico-degenerativa, ma si può arginare ..... 28
- **Riflessioni terapeutiche**  
Utilizzo giudizioso dell'antibioticoterapia:  
come, quando e perché è utile prescrivere o meno un antimicrobico ..... 31
- **Terapia**  
Terapia della degenerazione maculare: approcci diversi a seconda delle fasi ..... 34
- **Clinica**  
Il Mmg e il declino cognitivo lieve ..... 36
- **Linee guida**  
Trattamento dell'infezione da *Helicobacter pylori*:  
dall'Acg le nuove linee guida cliniche ..... 38
- **Pratica medica**  
La tecnologia nel diabete aiuta a controllare la malattia ..... 40
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** ..... 43

# Il medico e gli ostacoli al dovere di curare

■ Anna Sgritto

“ Il dovere del medico è curare”. Ha risposto così il presidente della Fnomceo alla Ministra delle Pari Opportunità e la Famiglia in merito all’affermazione che dovere del medico è presentare denuncia in Procura nel momento in cui si imbatte in casi di sospetta violazione della legge sulla maternità surrogata. Non è certo la prima volta che i medici devono far leva sul Codice Deontologico e sulla nostra Carta Costituzionale per ribadire alcuni concetti insiti nella loro professione e arginare lo straripare dell’ingerenza politica nell’esercizio dell’ars medica. I medici di lungo corso non hanno certo dimenticato cosa ha scatenato la legge Bossi-Fini, con l’introduzione del reato di clandestinità, prima e poi il pacchetto sicurezza emanato nel 2009 (legge 94/2009) in cui si declinava l’obbligo di denuncia per pubblici ufficiali e incaricati al pubblico servizio per il reato di ingresso e soggiorno irregolare. Tutto ciò ha finito per generare una condizione di ambiguità tale da spingere gli ordini professionali dei medici, e non solo, ad allinearsi in una netta e ferma opposizione sotto il segno dello slogan: “Noi non segnaliamo”.

Ma da allora per i medici la professione si è fatta sempre più difficile, stretta tra vecchie e nuove incognite di rischi, anche fisici, e responsabilità. Viviamo in un tempo di forte tensione sociale dove il diritto alla cura è messo in seria difficoltà da un Ssn ormai al collasso. I medici sono in prima linea, ma la voce di coloro che caparbiamente non mollano è inascoltata. E se ciò non bastasse, devono fare i conti con le invettive lanciate contro la professione anche da chi non se l’aspettano. Coloro che sono votati alla ‘Cura’ non possono essere definiti ‘sicari’ in un dibattito pubblico generale fatto di urla di violenza contro gli operatori sanitari, medici compresi e dall’enfasi data dagli organi di informazione, che pongono alla ribalta della cronaca eventi che vengono etichettati con il termine di “malasanità”.

Forse è il caso di ricordare quanto scritto da Omero in un passo dell’Odissea: *“Il medico è un uomo che vale più di tanti altri e non ha pari nel cavare dardi dalle piaghe e spargerle di balsamiche stille”*.

# Il disagio dei medici di medicina generale si fa protesta

A dare voce al malessere di una categoria che da tempo lancia allarmi sulla pericolosa china su cui è scivolato il nostro Ssn è il segretario generale Fimmg, Silvestro Scotti, nella relazione presentata all'82° Congresso Fimmg-Metis. Il Consiglio nazionale del sindacato ha dato il proprio mandato alla proclamazione dello stato di agitazione

**Alessandro Malpelo**

Un titolo eloquente quello dell'ultimo congresso della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) tenutosi a Villasimius: *"Ritorno al futuro. La medicina generale traccia nuove strade con valori del passato: innovazione, prossimità e fiduciarità"*, che richiama la dimensione schiettamente umana, interpersonale delle cure primarie. Una dimensione che però non può esimersi dal fare i conti con le tecnologie avanzate che caratterizzano i nostri tempi, entrando prepotentemente nell'esercizio della professione. Strumenti digitali e robotica potrebbero migliorare la qualità dell'assistenza, a patto di non alterare o mettere tra parentesi la centralità del rapporto medico paziente che è il core della medicina generale. Al riguardo, il segretario generale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, ha messo in guardia sulle insidie insite in quello che ha definito un paradosso tecnologico: "Nonostante i grandi passi avanti conseguiti nella digitalizzazione, molti medici di famiglia fanno fatica a stare al passo con i tumultuosi progressi delle nuove tecnologie, anche se sono forti delle esperienze acquisite durante la pandemia. La digitalizzazione è una

rivoluzione che è partita proprio dallo studio del medico di medicina generale, ma a fronte del grande impegno profuso emerge anche una preoccupazione riguardo la mancanza di riconoscimenti per il lavoro svolto in un contesto di crescente pressione e responsabilità". La relazione del segretario generale ha infatti dato un quadro esaustivo delle attuali difficoltà in cui versa la professione e sulle eventuali prospettive future, al momento

non lusinghiere. "Nonostante il carico di lavoro crescente e le critiche infondate che talvolta si sentono pronunciare ingiustamente nei riguardi dell'operato di tanti colleghi - ha dichiarato Scotti - la categoria offre un servizio essenziale per il Paese, alla stessa stregua dei 'servitori' dello Stato in uniforme".

Un servizio essenziale che corre il rischio di scomparire per la penuria di Mmg che sta diventando strutturale. In 15 anni si è registrata una diminuzione del numero di medici di famiglia che, unita a un aumento della domanda per via dell'invecchiamento della popolazione, sta mettendo a dura prova la tenuta del sistema. In questo scenario, il congresso Fimmg ha richiamato l'attenzione sulla necessità di ricevere un adeguato supporto dalla politica al fine di gettare le basi di un futuro sostenibile per la sanità italiana.

## ► Valorizzare la professione

La valorizzazione della professione è stata infatti uno dei punti cruciali dell'intervento del segretario, con un vibrante appello a rendere la medicina generale più attrattiva nei confronti delle nuove leve, affinché possano sentirsi parte di un sistema in evoluzione. "Senza riforme



concrete, però, la professione di Mmg - ha evidenziato - rischia di diventare ancora meno attrattiva per i giovani che desiderano dedicarvi. Le richieste di detassazioni per le nuove leve, ad esempio, continuano a cadere nel vuoto, mentre il settore si trova a fronteggiare un'inefficienza sistemica che mina la sostenibilità delle cure. Servirebbero anche provvedimenti di detassazione del reddito delle parti variabili del contratto dei Mmg, una 'flat tax variabile per la medicina di famiglia' che permetterebbe di valorizzare impegno e investimenti per raggiungere gli obiettivi" declinati nella Mission 6 del Pnrr.

"Nei fatti - ha tenuto a precisare il leader della Fimmg - assumiamo personale, investiamo in tecnologia, creiamo pertanto occupazione e indotto e dovremo farlo ancora di più per le sfide organizzative che ci aspettano. Quindi l'attenzione che chiediamo ha una finalità pubblica e sociale nel servizio che svolgiamo per il Paese".

#### ► Le sfide del Pnrr

Scotti ha ricordato che per poter mettere in pratica la riforma della medicina territoriale è cruciale l'approvazione dell'Atto di indirizzo per l'Acn 2022-2024, la cui implementazione è fondamentale per affrontare le sfide dettate dal Pnrr e per garantire la resilienza del sistema sanitario, permettendo anche "di affrontare i temi di adeguamento normativo ed economico, rendendoli al passo coi tempi e funzionali alle progettualità che si debbono realizzare".

"La categoria dei medici di famiglia è in grande sofferenza, ma ha ancora le energie per farsi ascoltare - ha chiosato Scotti - forte di vecchie e nuove esperienze, senso di appartenenza, della credibilità di professionisti che percorrono le stes-



*Il segretario generale Fimmg, Silvestro Scotti durante la presentazione della relazione congressuale*

se vie dei loro pazienti. Siamo pronti ad applicare le prerogative sindacali, dallo stato di agitazione allo sciopero, facendo capire ai nostri pazienti che è in gioco non un interesse di parte, ma la salvaguardia di un diritto collettivo costituzionale. La necessità di adattare le cure domiciliari e rafforzare l'assistenza primaria non può essere sottovalutata. Senza un adeguato supporto normativo e finanziario, il rischio di collasso del sistema sanitario sarebbe concreto e devastante".

#### ► Mmg sul piede di guerra

La dichiarazione dello stato di agitazione della categoria da minaccia è divenuta realtà: il Consiglio nazionale Fimmg, riunito a Villasimius, ha dato il proprio mandato. Alla base della decisione, paventata già nelle scorse settimane, l'inaccettabile ritardo sulla definizione dell'Atto di indirizzo, indispensabile per arrivare poi alla firma dell'Accordo collettivo nazionale 2022 - 2024, ma anche l'assenza di risorse aggiuntive per il raggiungimento di obiettivi di politica sanitaria in riferimento ad un'assistenza di prossimità. Per questo il

Consiglio nazionale si è impegnato alla mobilitazione attraverso il coinvolgimento assembleare delle sezioni provinciali del sindacato.

"È imprescindibile e urgente la definizione dell'Atto di indirizzo - ha rimarcato Scotti - per avviare finalmente le trattative necessarie alla firma dell'Acn per il triennio 2022-2024. La medicina generale, pilastro fondamentale del Servizio sanitario nazionale, ha affrontato negli ultimi anni sfide straordinarie, tra cui la pandemia e l'evoluzione costante delle esigenze sanitarie della popolazione. Per far fronte a queste sfide e garantire una presa in carico di prossimità moderna ed efficace, è fondamentale dotarsi di un quadro normativo e contrattuale aggiornato. Per la Fimmg, la programmazione asfittica, che non va oltre il 2026, e l'assenza dell'atto di indirizzo rappresentano un ostacolo non solo per la categoria, ma per l'intero Ssn. "Abbiamo bisogno di risposte concrete per poter mettere in atto le riforme necessarie, come l'integrazione della telemedicina, la digitalizzazione dei servizi, il potenziamento delle risorse per la medicina

territoriale e una migliore tutela del lavoro dei medici di famiglia attraverso la loro organizzazione di offerta per gruppi di assistenza con personale e strumenti diagnostici”, ha sottolineato il segretario Fimmg. Durissimo è stato il richiamo che arriva dall’intera categoria al Mef e alla Conferenza delle Regioni, proprio per le questioni contrattuali. “Siamo pronti a batterci affinché la

questione si definisca già nei prossimi mesi. Allo stato attuale i medici di medicina generale, che pagano in proprio tutte le spese legate alla professione, sono costretti con uno stipendio allineato al costo della vita del 2021, a supportare l’inflazione corrente. Non volevamo essere eroi in tempo di pandemia - conclude Scotti - non saremo vittime sacrificali ora. In assenza di ri-

sposte concrete, che devono arrivare soprattutto a tutela della salute dei cittadini, dallo stato di agitazione saremo pronti a dichiarare lo sciopero. La salute degli italiani è nelle mani dei medici che vanno messi in condizioni di garantire cure di qualità, ai rappresentanti delle istituzioni è richiesto un impegno per mantenere un sistema equo, efficiente e sostenibile”.

## Modelli assistenziali virtuosi

La medicina generale è comunque già pronta a rispondere con efficienza ai bisogni della popolazione. Partiamo dall’esistente, dalle realtà avanzate. “Non siamo all’anno zero”, ha dichiarato **Tommasa Maio**, responsabile scientifico culturale del programma congressuale. La sua affermazione è stata corroborata da una serie di esempi di eccellenza che si sono concretizzati in diverse località, da Milano Pioltello, fino a Taranto, passando da Cuneo, Fermo, Siena e Napoli. Queste esperienze rispondono in maniera concreta alle linee guida delineate dal Decreto Ministeriale 77/2022. In un padiglione adiacente alla sala convegni delle plenarie le sei espe-

rienze paradigmatiche hanno mostrato in che modo i medici di medicina generale stanno già anticipando le attività previste per le Case di Comunità e i contenuti della riforma. I modelli innovativi si esprimono nella diagnostica di primo livello, nella presa in carico della cronicità, nelle campagne di prevenzione, e in un coinvolgimento attivo, nella ricerca e nella formazione pre-post laurea, pilastri su cui si fonda una medicina generale di qualità.

“Il medico di famiglia è già avanti”, ha ribadito la dottoressa Maio, evidenziando come queste strutture stiano implementando attività che garantiscono un servizio di qualità

salvaguardando le specificità territoriali e la prossimità. Queste esperienze confermano che le Case di Comunità, pur essendo un traguardo in prospettiva, sono già una realtà in molteplici contesti, sia nelle metropoli sia nei piccoli centri. Attraverso poster informativi e conversazioni tra colleghi, i medici hanno potuto condividere le modalità operative che stanno rivoluzionando la professione. Un video presentato a rotazione durante il congresso ha offerto uno spaccato della vita quotidiana di questi professionisti, mostrando come sia stato possibile realizzare iniziative concrete e rispondenti ai bisogni dei pazienti.

### CURE PRIMARIE A CONFRONTO

Al Congresso Fimmg è andato in scena anche un confronto tra le peculiari esperienze europee nel corso di una tavola rotonda (una sorta di G4 delle cure primarie, si è detto) alla quale hanno partecipato **Ana M<sup>a</sup> Giménez Vázquez**, Amyts - Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid; **Philippe Marissal**, Mg France; e **Mary McCarthy**, Bma - British Medical Association.

**Fiorenzo Corti**, vicesegretario nazionale Fimmg, moderatore per l’occasione, ha spiegato che il messaggio scaturito al termine del confronto è che in Europa le cure primarie sono accomunate dalle stesse problematiche: la medicina genera-

le del Regno Unito è in sofferenza, idem in Spagna, dove molti colleghi tendono a emigrare alla ricerca di opportunità professionali e remunerazione maggiore. Mentre in Francia, laddove il medico è libero professionista e viene pagato a prestazione, si assiste a una sorta di desertificazione, con tanti cittadini che si perdono per strada perché incapaci di far fronte alle spese. Corti, nelle conclusioni, ha evidenziato l’importanza di difendere il Servizio sanitario nazionale che abbiamo costruito negli anni, modernizzare ciò che è necessario, mantenere e difendere il rapporto di fiducia esclusivo tra paziente e medico, anche attraverso l’associazionismo.

# Intelligenza artificiale: applicabilità e rischi percepiti dai medici di famiglia

Sostituzione delle decisioni umane; possibilità di diagnosi errate; riduzione dell'autonomia professionale: sono questi i maggiori pericoli segnalati nell'utilizzo dell'la nella pratica medica secondo quanto si evince dalle risposte ad un questionario anonimo inviato a 400 medici di medicina generale

**Giuseppe Maso** - Past-President SIIICP (Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie)

**Alessandro Leita** - Medico in formazione

L'intelligenza artificiale (la) sta prepotentemente entrando nella professione medica e la Medicina Generale comprende il più grande gruppo di utenti finali di questa tecnologia nel settore sanitario. Con l'obiettivo di conoscere cosa ne pensino i medici di famiglia italiani, un questionario anonimo accessibile tramite link e compilabile su piattaforma *Google Forms* è stato inviato a 400 medici in diverse Regioni d'Italia attraverso i loro indirizzi e-mail istituzionali. Sono state ottenute 157 risposte da medici di diverse fasce di età (tabella 1). L'analisi dei dati rivelati dal sondaggio mostra un'interessante gamma di opinioni tra i medici di medicina generale in merito alle attività che potrebbero essere affidate a un sistema di Intelligenza artificiale. Nella valutazione delle opzioni, è importante notare che i Mmg avevano la possibilità di selezionare più di una risposta.

La maggioranza degli intervistati (70,1%) esprime fiducia nell'la per il monitoraggio dei pazienti, indicando la percezione che la tecnologia possa gestire con successo la supervisione della corretta assunzione della terapia e la misurazione dei parametri medici. Il 45,2% degli intervistati vede invece il triage generico prima dell'ingresso in ambulatorio come un ambito adatto per l'la, suggerendo la percezione che l'la possa facilitare le prime fasi di valutazione dei pazienti, contribuendo a ottimizzare il flusso di lavoro e migliorando l'efficienza nell'ambulatorio. Una visione positiva emerge anche riguardo all'utilizzo dell'la nell'interpretazione ed analisi di referti specialistici, con il 38,9% degli intervistati che riconosce il potenziale dell'la nel migliorare i processi diagnostici specifici. Il 37,6% degli intervistati considera l'opzione di fornire consigli medici generici ai pazienti come delegabile all'la, riflettendo la visione dell'la come un valido strumento di supporto nella fornitura di informazioni standardizzate, permettendo ai medici di concentrarsi su consulenze più personalizzate e orientate al paziente. Infine, una minoranza (6,4%) suggerisce che nessuna attività dovrebbe essere completamente delegata all'la.

**All'interno della sezione "Altro" (figura 1), sono emerse interes-**

**santi proposte che sottolineano le potenzialità dell'intelligenza artificiale in diversi ambiti della pratica medica di famiglia.**

Una delle suggestioni emerse è quella di impiegare l'la per fornire informazioni sugli orari di ricevimento, evidenziando un possibile ruolo organizzativo e di comunicazione per questa tecnologia. Un'altra proposta rilevante è l'ipotesi di coinvolgere l'la nella gestione di ausili di monitoraggio individuale, come *smartwatch* e *app* per il monitoraggio sportivo o del sonno. Ciò indica una prospettiva ampia sull'utilizzo dell'la per supportare la gestione di dispositivi medici personali, sottolineando la sua potenziale efficacia nel campo dell'autonomia del paziente.

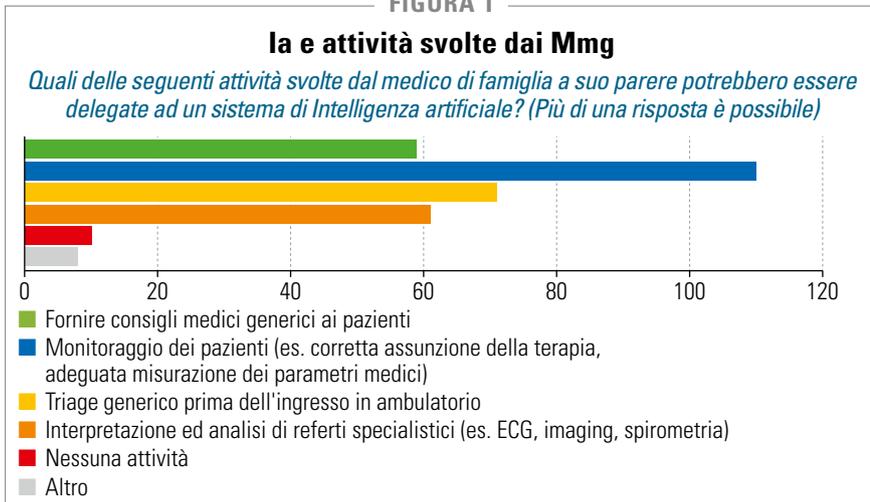
Inoltre, tra i suggerimenti emerge la possibilità di coinvolgere l'la nella fornitura di informazioni dettagliate sulla nutrizione, nel monitoraggio preciso dei parametri vitali, come la pressione arteriosa, e nella gestione di dispositivi medici complessi come pompe d'infusione e cateteri urinari. Questo aspetto riflette una visione dell'la non solo come strumento informativo, ma anche come supporto per educare i pazienti e migliorare la loro partecipazione attiva nella gestione della salute. Alcune risposte enfatizzano l'aspirazione a utilizzare l'la per fornire aggiornamenti personalizzati sulla letteratu-

TABELLA 1

## Età dei medici partecipanti

Età	N. partecipanti	%
<35 anni	28	17.8%
35-44 anni	25	15.9%
45-54 anni	21	13.4%
55-64 anni	44	28%
>64 anni	39	24.9%

FIGURA 1



ra scientifica, adattati ai problemi specifici dei pazienti. Infine, tra le proposte, si nota la volontà di utilizzare l'ia per l'archiviazione e l'organizzazione dei dati. Questo aspetto suggerisce una percezione dell'ia come un valido strumento per la gestione efficiente e sicura delle informazioni cliniche, evidenziando il suo potenziale contributo alla creazione di registri dettagliati e sistemi di archiviazione avanzati.

**Il sondaggio ha esplorato la percezione dei medici di famiglia sull'utilità dei sistemi di intelligenza artificiale nell'identificazione precoce dei pazienti a rischio di malattie croniche.** La maggioranza dei medici di famiglia ha una prospettiva positiva sull'utilità dei sistemi di intelligenza artificiale nell'identificazione precoce dei pazienti a rischio di malattie croniche. Il 57,3% li considera "abbastanza utili", mentre il 24,8% li reputa "molto utili". Solo una piccola percentuale esprime scetticismo, dichiarando che questi sistemi sono "poco utili" o "non utili affatto". I risultati indicano una tendenza generale verso l'accettazione dell'ia come strumento potenzialmente benefico nella gestione delle malattie croniche (figura 2).

**È stato chiesto ai medici cosa pensassero sull'utilità dei sistemi di in-**

**telligenza artificiale nell'aiuto alla prescrizione di farmaci basata sulle caratteristiche dei pazienti** (età, sesso, patologie, notizie anamnestiche, allergie, interazioni farmacologiche). La maggioranza dei medici (77,7%) ha espresso un grado di utilità elevato o sufficiente. Questo indica una prospettiva positiva sulla capacità dell'ia di personalizzare le terapie farmacologiche, tenendo conto di vari fattori individuali come età, sesso, patologie preesistenti, anamnesi e allergie, oltre alle intera-

zioni farmacologiche. La percentuale di coloro che ritengono l'ia poco utile o non utile affatto è relativamente bassa (11,5%), suggerendo una generale apertura verso l'integrazione di queste tecnologie nella pratica medica quotidiana. I risultati evidenziano un'ampia accettazione dell'idea che i sistemi di intelligenza artificiale possano essere utili nell'assistere la prescrizione di farmaci in base alle caratteristiche specifiche dei pazienti (figura 3).

**Il sondaggio ha indagato i rischi percepiti dai medici di famiglia nell'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale nella loro pratica.** I partecipanti avevano la possibilità di selezionare più di una risposta, consentendo un'analisi approfondita delle loro preoccupazioni. La maggioranza dei Mmg (67,5%) evidenzia la preoccupazione di una possibile eccessiva dipendenza dall'ia, suggerendo un timore diffuso riguardo alla sostituzione delle decisioni umane con il supporto tecnologico. Altri rischi rilevanti, espressi da circa il 47,1% dei medici intervistati, riguardano la possibilità di diagnosi errate e la percezione di una riduzione dell'autonomia professionale. La difficoltà nel comprendere e

FIGURA 2

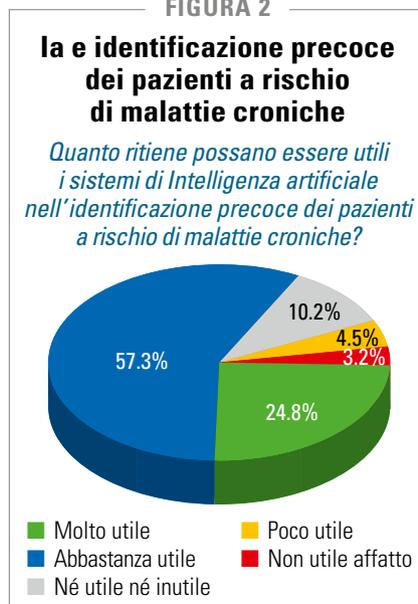


FIGURA 3

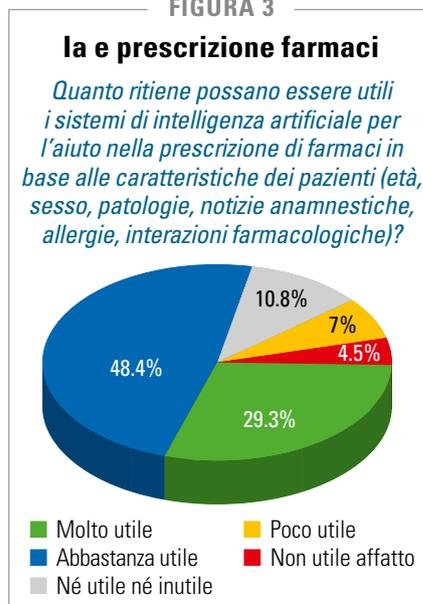
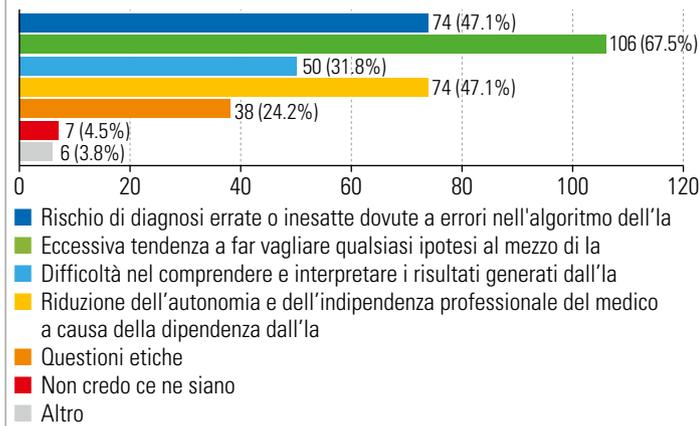


FIGURA 4

**la: i rischi nella pratica medica**

Quali ritiene possano essere i rischi a cui il medico va incontro nell'utilizzo dell'la? (Più di una risposta è possibile)



interpretare i risultati generati dall'la, segnalata dal 31,8% dei partecipanti, mette in luce la necessità di una formazione approfondita per garantire una corretta interpretazione delle informazioni fornite dalla tecnologia. Il 24,2% dei partecipanti ha evidenziato le questioni etiche come un rischio associato all'adozione dell'la nella pratica medica. Solo un esiguo 4,5% degli intervistati ha espresso la convinzione che non ci siano rischi significativi (figura 4).

**Nelle risposte fornite nella sezione "Altro", alcuni medici di medicina generale hanno manifestato timore riguardo all'eccessiva possibile dipendenza dall'la a causa di pigrizia o dalla mancanza di tempo, evidenziando il rischio di affidare valutazioni cruciali a uno strumento che non può partecipare in alcun modo a una relazione medico-paziente.** La preoccupazione per la responsabilità legale è emersa come un aspetto significativo, sottolineando l'importanza di definire chiaramente i limiti delle responsabilità nell'utilizzo dell'la in ambito medico. Un ulteriore punto di riflessione riguarda il possibile impoverimento delle competenze del medico a causa di un utilizzo eccessivo dell'la. Infine, emergono preoccupazioni riguardo ad una potenziale

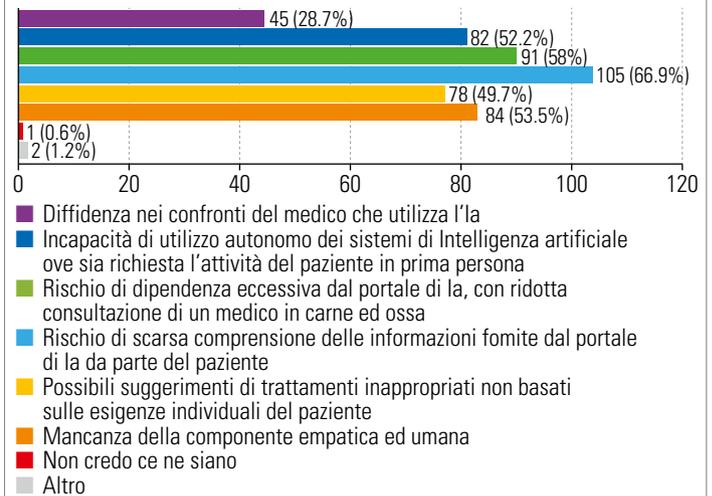
depersonalizzazione e al possibile impatto negativo sull'interazione umana come risultati del crescente utilizzo dell'la, con perdita della componente umana nella pratica medica e diminuzione dell'attenzione dedicata al paziente.

**Riguardo ai rischi che i pazienti potrebbero incontrare nell'interazione con un portale di intelligenza artificiale i medici (avevano la possibilità di selezionare più di una risposta) nel 66,9% dei casi hanno espresso preoccupazione riguardo alla potenziale limitata comprensione delle informazioni da parte dei pazienti, sottolineando l'importanza di sviluppare interfacce intuitive e di fornire adeguato supporto informativo ai pazienti coinvolti con le tecnologie di la.** Un'altra preoccupazione significativa, con il 58% delle risposte, riguarda la potenziale dipendenza eccessiva dei pazienti dai portali di intelligenza artificiale, con conseguente riduzione delle consultazioni dirette con i medici. Anche il rischio di una possibile mancanza della componente empatica ed umana, segnalata dal 53,5% degli intervistati, richiama l'attenzione sulla necessità di preservare un approccio umano nella pratica medica, anche quando si inte-

FIGURA 5

**la: i rischi per i pazienti**

Quali ritiene possano essere i rischi per il paziente che si interfaccia con un eventuale portale di la? (Più di una risposta è possibile)



gra l'la. Altre preoccupazioni, come il rischio di suggerimenti di trattamenti inappropriati (49,7%) o l'incapacità di utilizzo autonomo da parte dei pazienti (52,2%), sottolineano l'importanza di fornire una formazione adeguata e di assicurare un utilizzo responsabile delle tecnologie di intelligenza artificiale da parte dei pazienti. Infine, solamente lo 0,6% dei partecipanti al sondaggio non rileva alcun rischio, evidenziando che la maggioranza dei Mmg è consapevole delle potenziali sfide associate all'impiego dei portali di intelligenza artificiale da parte dei pazienti.

**Nel segmento "Altro", si è notato come l'esperienza degli ultimi anni, durante i quali l'accesso a Internet è diventato comune, abbia generato crescenti preoccupazioni e problematiche legate alla ricerca di informazioni sulla salute. Tale preoccupazione riguarda in particolare la frequente consultazione di fonti inappropriate e siti web che diffondono informazioni prive di basi scientifiche. In questo contesto, si è evidenziato il timore che l'introduzione di un portale di intelligenza artificiale potrebbe aggravare tali criticità, contribuendo a un ulteriore deterioramento della situazione (figura 5).**

# Riflessioni di un medico di famiglia convalescente

Sono stato operato d'urgenza. Tutto è andato bene, ma la convalescenza è difficile.

Lontano dalla bolgia lavorativa il tempo per riflettere è tanto.

Questa volta mi è toccato stare dall'altra parte della barricata e, malgrado l'abnegazione dei colleghi che mi hanno preso in carico, non potevo non notare alcune cose che, forse per deformazione professionale, mi hanno portato a pormi alcune domande e a darmi anche delle risposte

**Alessandro Chiari**

*Segretario Fismu Emilia Romagna*

**A** causa dei consueti ed esagerati ritmi di lavoro, per i quali configuravo la mia giornata ambulatoriale di medico di medicina generale come "il giro della morte", non mi sono mai preso il tempo di fermarmi un attimo per operarmi di un'ernia addominale paraombelicale di cospicue dimensioni. "Medico cura te stesso", ma si sa che troppo spesso non prendiamo in considerazione questo motto. Infatti mi sono limitato ad una fascia elastica addominale e alla mia capacità medica di riuscire a ridurre l'ernia nei momenti più dolorosi.

Ma purtroppo 10 giorni fa, dopo una serie di conati di vomito, l'ernia si è strozzata e sono stato operato d'urgenza. Tutto è andato bene, ma la convalescenza è difficile. Lontano dalla bolgia lavorativa il tempo per riflettere è tanto. Questa volta mi è toccato stare dall'altra parte della barricata e, malgrado l'abnegazione dei colleghi che mi hanno preso in carico, non potevo non notare alcune cose che, forse per deformazione

professionale, mi hanno portato a pormi alcune domande e a darmi anche delle risposte.

## ► Gli effetti dei tagli al Ssn

La contrazione delle risorse sanitarie imposta dal governo **Monti**, anche attraverso tagli lineari ed eseguita dalla tristissima figura del **Ministro Balduzzi**, ha determinato un decennio in cui le risorse sanitarie e soprattutto i posti letto venivano tagliati senza remore e senza alcuna lungimiranza. Così facendo si andavano pericolosamente a contrarre le capacità ricettive del Ssn, mentre una serie di complessità socio-sanitarie andavano sempre più aumentando. Piccoli ospedali venivano rivisti nel loro ruolo e nelle capacità ricettive e assistenziali ed alcuni rimodulati o chiusi. Nel frattempo cresceva l'aspettativa del paziente verso la risorsa rappresentata dall'ambulatorio della medicina generale, risorsa che poteva essere erogata o negata dal medico rendendolo sempre più simile ad uno sceriffo, che è lì per far rispettare "le regole" e ri-

cordare che l'ambulatorio non poteva essere assimilato ad un supermarket. Da quando nel 2011 si è cominciato ad investire sempre di meno nel Servizio sanitario nazionale e a parlare di sistema ad iso-risorse, diventato poi iporisorse, abbiamo visto tanti mattoncini che si sfaldavano e venivano persi strada facendo.

Nella nostra sanità poi, a dire il vero, e non ne abbiamo mai capito bene la causa, nei momenti di crisi si è andati sempre a cercare di reperire i soldi deprestando quelle strutture che facevano parte dei sistemi di emergenza e urgenza, essenziali sia sul territorio sia negli ospedali, invece di mantenerli efficienti e rinunciare a certi percorsi caratterizzati da alta visibilità, ma da bassa efficacia e risposte superflue. Questa scelta la stiamo tuttora pagando duramente. Quindi la politica ha elaborato progetti puntando su strutture che assicurassero una visibilità politica piuttosto che una reale efficacia (vedi Case della Salute et all.). In certe regioni poi si è delegato troppo al privato sven-

dendo ad esso parti di sistema di cui però nel momento dell'emergenza si è sentita la mancanza, ma soprattutto, naufragando nell'impossibilità fisiologica del privato nel sostenere ritmi, carichi, sacrifici ed efficacia sanitaria nelle situazioni di emergenze-urgenze.

### ► La pandemia

Poi è avvenuto quello che non ti saresti aspettato mai: la pandemia. A questo punto si realizzava l'incubo della pandemia virale rappresentato in tanti film di fantascienza. Ma questa volta il film era reale: un'epidemia mortale affrontata in prima linea dal Mmg a mani nude con mascherine fatiscenti. Noi speriamo che ogni tanto qualcuno si ricordi di tutti i colleghi morti e di quanti altri ne hanno ricevuto grosse sofferenze o danni fisici. Crediamo anche che in quel frangente si sia anche manifestata una serie di incapacità ed improvvisazioni ministeriali e governative, che malgrado sia passata qualche stagione, gridano ancora vendetta. In poche parole oltre al danno, dato dall'ormai diffusissimo fenomeno del *burn out* si è cominciato a manifestarsi, soprattutto per i Mmg un disturbo da stress post traumatico simile a quello che si manifestava negli ex combattenti a seguito delle guerre.

### ► Mmg demotivati

Da tempo vediamo sempre più medici amareggiati, demotivati, ci imbattiamo in colleghi sempre più stanchi, e sempre più facilitati ad arrendersi a varie patologie. Abbiamo assistito ad un sì salvi chi può da quando è scoppiata la pandemia con una serie di pensionamenti anticipati. Quanti col-

leghi sono fuggiti come se non esistesse un domani. Poi - sembra una maledizione - ci si lamenta se i concorsi vanno deserti. Finalmente hanno tolto il test a medicina - meglio tardi che mai - anche se dovremo valutare molto bene la validità del percorso che ci pare tuttora comunque troppo orientato ad una eccessiva eliminazione progressiva. In ogni caso la figura del medico di medicina generale sta diventando una figura fragile, stanca, sgualcita, ammalata, soprattutto in quei soggetti che sono vicini alla pensione e che, a causa dell'età hanno significativamente ridotta la loro capacità fisica di resistenza allo stress. La maturità professionale nel contempo determina un allungamento importante e fisiologico dei tempi di recupero. Questa perdita di *performance* fisica dopo i 60 anni è sempre stato un problema per i Mmg per la complessità che comunque la loro professione continua a richiedere. Già nel 2010 assieme al Collega **Bruno Agnetti** ci eravamo resi conto di queste problematiche ed avevamo presentato un progetto di affiancamento territoriale di un medico *junior* ad un medico *senior*, ipotizzando già allora il ruolo unico nella medicina generale. Ma a quanto pare forse i colleghi facevano fatica a capire: pensate con questo sistema come si sarebbe potuta affrontare la pandemia molo più tranquillamente. La lacerazione e frustrazione professionale subita dai Mmg ha evidenziato le criticità di una programmazione che avrebbe dovuto difendere strenuamente il Ssn pubblico come un bene comune ma che inesorabilmente sta invece preparandosi per sven- dere al privato.

### ► La nostra salute a rischio

Il Mmg nella sua funzione di primo presidio del Ssn, di uomo da prima linea, sovraccaricato di lavoro, soprattutto a causa di una politica basata sugli incentivi che ha massificato e aumentato il lavoro. Oggi gli ambulatori dei medici di famiglia sembrano più la spiaggia dello sbarco di Okinawa, piuttosto che un luogo di cura. Così siamo andati in crisi non solo professionalmente ma anche fisicamente. La responsabilità della spesa, la partecipazione alla programmazione e alla gestione aziendale determinano la necessità di un aumentato controllo gestionale da parte dei Mmg sui propri pazienti perché il controllo finale avviene attraverso un risultato che è determinato dalla condotta sanitaria di questi, ed è da tale verifica che dipende la successiva eventuale incentivazione dell'Azienda. Proprio grazie al compito di gestire l'appropriatezza prescrittiva, il Mmg viene anche percepito, erroneamente dal paziente, come una sorta di giudice, come colui che può assegnare o che può negare una risorsa un esame o addirittura un farmaco gratuitamente, questa situazione genera continuamente discussioni e criticità con il cittadino. Infine non facciamo altro che vedere colleghi che si ammalano o che sovraccarichi di lavoro cercano di pensionarsi appena possibile o si limitano fortemente il massimale. Purtroppo non mancano le morti improvvise o gli incidenti vascolari più o meno gravi che costringono a lasciare la professione anzitempo. Questo dover sempre andare a velocità esagerate per supportare gli sproporzionati carichi di lavoro determinati da queste situazioni contingenti è molto pericoloso anche per la salute del Mmg.

# Mmg in attività e in pensione: c'è una questione da chiarire

L'attività privata da parte dei medici di medicina generale pensionati rischia di alimentare delle vie centrifughe dalla Mg verso il privato? C'è chi pensa di sì, ma sulla questione servirebbe un tavolo di confronto tra sindacati e la Fnomceo per stabilire regole collaborative su diversi piani

**Francesco Del Zotti\***

*Medico di medicina generale in pensione, Verona*

**U**n certo numero di medici di medicina generale (Mmg/MdF) in pensione svolge una limitata attività professionale settimanale. Si tratta di visite ambulatoriali o domiciliari o a loro ex pazienti o a pazienti mai assistiti. Alcuni dirigenti sindacali stanno confrontandosi su tale situazione e c'è chi al riguardo sostiene che questa attività privata da parte dei Mmg pensionati rischia di alimentare delle vie centrifughe dalla Medicina generale (Mg) verso il privato.

A mio parere questo eventuale contrasto non è all'interno della Mg convenzionata. In fondo i Mmg pensionati sono fuori dalla convenzione e, forti della loro esperienza, hanno tutto il diritto di esercitare la libera professione, utile tra l'altro ad un certo numero di pazienti. Né si può dire che le prestazioni offerte dagli ex-Mmg debbano essere inficiate dall'età.

Un articolo del New York Times del 28/11/2022 si poneva proprio tale questione. È necessario bloccarli? Certo, sostiene l'articolaista, bisogna sottoporre i medici anziani a test cognitivi e della prassia; questi ultimi possono dare uno stop a non pochi chirurghi o dentisti. Ma un lieve deficit cognitivo non deve bloccare

che chi, Mmg o pediatra anziano, compensa questo deficit con una enorme esperienza.

## ► Rischi e rimedi

D'altra parte non possiamo negare che si possono verificare delle situazioni relazionali a rischio di conflittualità. Se ad esempio il medico pensionato visita un paziente in regime privato e invia al Mmg un foglio A4, ricco di esami e farmaci, senza chiare spiegazioni, il collega convenzionato può avvertire un senso da "tu quoque": oltre a subire i densi fogli A4 degli specialisti, ora tocca sottostare a stili prescrittivi simili da chi sino a poco tempo prima esercitava la medesima professione e non può non capire l'imbarazzo e lo stress di ricopiare le ricette altrui. Tale sensazione potrebbe essere ancora più forte se la prescrizione deriva dall'ex-Mmg da cui magari sono derivati molti dei suoi nuovi pazienti.

La mia impressione è che anche questo aspetto della Mg sia lasciato un po' al caso.

Ritengo invece utile che i Mmg convenzionati ed i Mmg in pensione dialoghino, non solo in margine alle visite private degli ex-Mmg, ma anche per mantenere una catena professionale e culturale utile soprattutto ai pazienti.

È ovvio che questa collaborazione necessita non solo di buon senso, ma anche di regole *ad hoc*. Sarebbe opportuno che il Mmg in pensione, dopo la visita privata, tenti di mettersi in contatto telefonico con il collega convenzionato; o quanto meno usi uno stile comunicativo, per lettera, diverso da quello, direttivo, subito per anni da parte di non pochi specialisti. Nello stesso tempo i colleghi in convenzione non possono bloccare o amputare le comunicazioni telefoniche o scritte dei colleghi pensionati, perché così entrerebbero in contraddizione: magari deboli e "accettanti" nei confronti delle prescrizioni degli specialisti e forti e oppositivi nei confronti dei Mmg pensionati.

Insomma, serve un tavolo di confronto pacato tra gli ex-Mmg ed i Mmg convenzionati, per stabilire regole collaborative su diversi piani. E qui una visione prospettica ed elastica dei Sindacati (che, tra l'altro, hanno una sezione specifica a cui sono iscritti i Mmg pensionati) e degli Ordini può svolgere un ruolo importante.

La collaborazione tra colleghi in convenzione e pensionati che ancora praticano attività professionale (privata o volontaria) è un bene sia per lo sviluppo della cultura e pratica della professione generalista sia per la salute e migliori cure per i nostri pazienti.

\* Direttore di Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))  
 Blog: <https://qualereiteinsanita.blogspot.com/2024/>

# La prima impressione è quella che conta: come sfruttarla al meglio?

Quante volte vedendo per la prima volta una persona ce ne facciamo un'opinione che poi non cambiamo più? A maggior ragione quando l'incontro può avere risvolti emotivamente importanti, come per esempio quello tra medico e paziente. L'esperienza, ma anche gli studi, mostrano come un primo approccio positivo è una strada aperta verso un rapporto di fiducia e costruttivo, con soddisfazione da entrambe le parti

**C**he l'abito non faccia il monaco è probabilmente vero, ma per il nostro inconscio non è così: l'abito fa il monaco eccone. E se razionalmente sappiamo che la prima impressione che ci facciamo su una certa persona può essere ingannevole, è anche vero che per cambiare opinione occorre un esercizio di consapevolezza che non tutti sono disposti o riescono a fare, tanto più in situazioni emotivamente delicate come nella relazione che si instaura tra medico e paziente.

Qualcuno potrebbe ritenere che questo è un aspetto importante ma secondario rispetto alla qualità della cura e alle capacità tecniche del medico, ma è opportuno notare che un buon primo approccio può spianare la strada a un rapporto di fiducia e di stima, e quindi elevare le probabilità di essere ascoltati, seguiti, e, perché no, apprezzati, facilitandosi in qualche modo il lavoro. A confermarlo anche diversi studi che hanno evidenziato come la prima impressione dei pazienti influenzi la valutazione globale delle prestazioni dei medici. In uno studio di Rimondini et al, i partecipanti hanno assistito alla stessa serie di otto consultazioni videoregistra-

te di esame clinico strutturato ed è stata poi eseguita un'analisi per valutare gli effetti diretti e indiretti della prima impressione sulla valutazione globale dei partecipanti. I risultati hanno mostrato che quando la prima impressione era positiva, il valore medio della valutazione globale delle prestazioni dei medici era significativamente più alto rispetto a quando la prima impressione era negativa, facendo concludere gli autori che la prima impressione ha un forte impatto sui giudizi positivi e negativi sull'approccio comunicativo dei medici e può facilitare o inibire tutte le ulteriori interazioni.

## ► Un'impressione che dura

La prima impressione si mantiene nel tempo e può condizionare gli esiti degli incontri futuri. In uno studio di Gunaydin et al, a 55 persone sono state sottoposte le foto di quattro donne, alcune sorridenti e altre con un'espressione neutra. In base alla sola visione delle fotografie, i partecipanti dovevano descrivere la personalità delle donne. Quando alcuni mesi più tardi ogni partecipante ha incontrato di persona ognuna di queste donne, trascorrendo con ciascuna circa 20

minuti, il gruppo doveva nuovamente valutarne la personalità. Il risultato ha mostrato che la maggior parte delle prime opinioni era poi confermata dopo gli incontri. Le donne che erano state descritte come simpatiche dalle foto erano poi state valutate nello stesso modo in seguito all'incontro dal vivo. Stessa situazione speculare per le donne che, fin dall'inizio, erano state indicate come "sgradevoli". Questo fenomeno sarebbe dovuto a quello che viene chiamato "bias di conferma", ossia la tendenza a cercare e interpretare le informazioni in modo che confermino le nostre convinzioni preesistenti. In questo caso, ad esempio, le persone che avevano trovato "simpatica" una delle donne, durante l'incontro si sono comportate con lei in maniera più amichevole. Viceversa, nell'incontro con una donna che avevano reputato "sgradevole" in foto, hanno avuto un approccio più distante, orientando più o meno inconsciamente gli esiti dell'incontro (Gunaydin et al, 2017).

## ► I primi istanti

Ma quali sono gli aspetti che vengono colti durante gli istanti iniziali di un primo incontro?

I vestiti, la postura, le espressioni facciali, lo sguardo, i movimenti del corpo, sono tutti elementi che vengono registrati quasi istantaneamente e che concorrono a farsi un'idea della persona che abbiamo davanti.

Non solo: tra le variabili che più sembrano influenzare negativamente l'armonia del rapporto è la mancanza di calore umano e affabilità. È estremamente facile, in un contesto di fretta e di sovraccarico di lavoro come in uno studio medico, sottovalutare quanto la propria attenzione sia richiamata da altri elementi rispetto al paziente (il pc, gli appunti, chiamate telefoniche) (Korsch et al, 1968; 42: 855). Questo ha delle conseguenze: di fronte a una situazione in cui percepisce di non essere adeguatamente ascoltato e supportato, il paziente intuisce inconsciamente che qualcosa non è in linea con quello che "doveva essere" e attiva quello che il neuroscienziato Antonio Damasio chiama il "marcatore somatico": una tipologia di risposta, appresa con l'esperienza pregressa, che serve come una sorta di segnalatore automatico di "pericolo" o "via libera!" (Thomson e Khan, 2008). Certo, evitare che il paziente interpreti in maniera distorta il comportamento del medico è forse inarrivabile, ma, secondo Thomson e Khan, è possibile aumentare la probabilità di una consultazione proficua per entrambe le parti tenendo presente i tre punti indicati in *tabella 1*.

► **L'aspetto**

In generale, gli esperti di comunicazione suggeriscono di avere un **abbigliamento** curato, ma di evitare motivi o colori molto accesi, gioielli vistosi e tagli di capelli stravaganti o troppo all'ultima moda

(Thomson e Khan, 2008). Per quanto riguarda il dibattito pro o contro il camice, ad ora non ci sono studi conclusivi, anche se un recente studio di Tiang et al ha evidenziato che la maggior parte dei pazienti sembra preferire che i medici portino un abbigliamento formale con camici bianchi (mentre la maggior parte dei medici preferiva un abbigliamento formale senza camici bianchi). I risultati hanno inoltre confermato che i pazienti percepivano i medici in camice bianco come più affidabili, responsabili, autorevoli, fiduciosi, competenti e premurosi. Ad ora, però, la questione camice/non camice rimane aperta.

Un recente studio ha portato invece l'attenzione sulla **postura**, evidenziando come i medici che adottano posture aperte (ad esempio, braccia sui fianchi, rivolti verso il paziente), hanno maggiori probabilità di essere percepiti come competenti rispetto a quando assumono posture di bassa potenza, ovvero posture chiuse (per es. braccia incrociate sul petto) (Grun et al, 2022).

Un aspetto fondamentale, al di là dell'abbigliamento e della postura, sta nella **congruenza** del medico, ossia nella coerenza di atteggiamento, intenzione, stile comunicativo e comportamento: un abbiglia-

mento anche congruo, ma in cui ci si sente a disagio o non coerente con il proprio modo di essere, si nota all'esterno come una distonia e ostacola il rapporto.

► **L'atteggiamento**

Trovare un **equilibrio tra affabilità e credibilità** può essere la chiave per riuscire a creare un rapporto costruttivo e di collaborazione col paziente.

La prima, che riguarda anche l'essere amichevoli e alla mano, può essere di particolare aiuto per raccogliere informazioni e nell'incoraggiare maggiore apertura da parte del paziente. Anche scherzare, solo se il contesto lo permette, può essere potenzialmente utile nella fase di primo approccio. Questa modalità però, da sola può essere controproducente nel momento in cui è necessario fornire istruzioni o informazioni. In questa fase è la credibilità che diventa fondamentale, per essere ascoltati e migliorare l'aderenza del paziente al trattamento: ha infatti la funzione analogica di sottolineare l'importanza di quanto si sta dicendo, avvertendo il paziente, consciamente e inconsciamente, che deve fare particolare attenzione a quanto viene detto, aumentando le probabilità che il tutto venga ricordato e seguito. Quando si vuole

TABELLA 1

**3 elementi da considerare per aumentare le probabilità di una consultazione proficua a partire dal primo approccio**

1. I pazienti si aspettano che chi li cura dimostri di curarsi effettivamente di loro, mostrando calore umano, interesse e attenzione
2. Aiutare i pazienti a sentirsi meglio è un importante fattore nell'aiutarli a stare meglio
3. I pazienti tendono ad essere riluttanti all'idea di percorrere vie legali contro i medici con cui hanno un buon rapporto sul piano personale, anche quando questi effettivamente hanno fatto un errore sul piano professionale.

*Thomson e Khan, 2008*

TABELLA 2

**Come comunicare maggiore credibilità**

- Voce con tonalità, inflessione e ritmo piuttosto costanti, senza alti e bassi
- Gestì e movimenti contenuti
- Informazioni e istruzioni espresse con inflessione discendente alla fine della frase
- Contatto di sguardi (senza essere intimidatorio)

da Thomson e Khan, 2008

suonare credibili, la voce dovrebbe variare di meno e i gesti e movimenti dovrebbero essere più contenuti. Le informazioni e le istruzioni devono essere espresse con un'inflessione discendente alla fine della frase, con un contatto di sguardi costante mentre si esprimono le informazioni, senza però sembrare intimidatorio (Thomson e Khan, 2008) (tabella 2).

Spiegare i motivi delle scelte mediche, a un livello di profondità compatibile con le possibilità, il livello culturale e l'opportunità della comunicazione, è un elemento che può favorire il coinvolgimento e la propensione del paziente a seguire le indicazioni. La parola "perché", infatti, agisce rimuovendo blocchi all'azione o decisionali, anche indipendentemente dalla natura della decisione o azione. Molte persone rispondono agli schemi linguistici con la stessa prontezza con cui reagiscono al significato o al contenuto di affermazioni e richieste, basta che ci sia una ragione, una qualsiasi (Thomson e Khan, 2008).

► **Come migliorare il primo approccio**

Se è vero che già nei primi pochi secondi di incontro si può condizionare il rapporto successivo, come fare quindi per favorire la relazione già da subito?

In contesti di cronica mancanza di tempo, una possibilità potrebbe es-

sere quella di alzarsi dalla scrivania e andare a prendere il paziente direttamente in sala d'attesa. I pochi secondi di percorso fino allo studio possono così diventare un'occasione per iniziare a creare quello stato di fiducia e cooperazione fondamentale per una comunicazione efficace (Thomson e Khan, 2008).

Secondo i sopracitati Thomson e Khan esistono degli accorgimenti che possono aiutare a instaurare un rapporto armonico già dai primi momenti dell'incontro:

1. Sorridere a piena faccia, anche con gli occhi
2. Guardare il paziente direttamente negli occhi, notandone il colore. A differenza di un rapido sguardo, questa azione crea nella persona una sensazione di essere vista

3. Proiettare silenziosamente un messaggio che augura e vuole il meglio possibile per il paziente: questo ha l'effetto di alterare in modo sottile le proprie espressioni facciali suggerendo interesse, coinvolgimento e positività

4. Se il contesto fisico e culturale lo permette, stringere la mano del paziente. Da evitare se:

- ci sono o si sospettano differenze culturali: nel dubbio evitare
  - il paziente è molto fragile o ha dolori
  - il paziente è evidentemente in uno stato mentale spiacevole.
- Avere una panoramica degli elementi, consci e inconsci, che possono modellare la relazione tra medico e paziente (e le relazioni in generale) già dai primi momenti può essere utile per avere indicazioni pratiche su come muoversi e puntare l'attenzione su elementi che non richiedono sforzi immani o investimenti di tempo o economici e che pure possono fare la differenza in termini di cura ma anche di soddisfazione reciproca.

Livia Tonti

Giornalista e Life coach

BIBLIOGRAFIA

- Grün FC, et al. "You Never Get a Second Chance": First Impressions of Physicians Depend on Their Body Posture and Gender. *Front Psychol* 2022; 13: 836157.
- Gunaydin, G, et al. Impressions Based on a Portrait Predict, 1-Month Later, Impressions Following a Live Interaction. *Social Psychological and Personality Science* 2017; 8: 36-44.
- Korsch BM, et al. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 1968; 42: 855-71.
- Rimondini M, et al. You only have one chance for a first impression! Impact of Patients' First Impression on the Global Quality Assessment of Doctors' Communication Approach. *Health Commun* 2019; 34: 1413-22.
- Thomson G, Khan K. Pnl per i medici. L'arte e la scienza del linguaggio per la guarigione. Alessio Roberti editore. 2008
- Tiang KW, et al. The 'auxiliary' white coat effect in hospitals: perceptions of patients and doctors. *Singapore Med J* 2017; 58: 574-5.

# AGGIORNAMENTI



## ■ **CONGRESSI**

*Nuove raccomandazioni per la nutrizione nel diabete mellito*

## ■ **EMERGENZA SANITARIA**

*Amianto, in Italia 1.500 morti all'anno a causa del mesotelioma*

## ■ **EPIDEMIOLOGIA**

*Infezioni sessualmente trasmissibili: aumentano i casi*

## ■ **INNOVAZIONI TECNOLOGICHE**

*Chirurgia addominale, robot pronti al sorpasso sulla laparoscopia*

## ■ **ONCOLOGIA**

*Immunoterapia e complicanze: conoscere per prevenire*

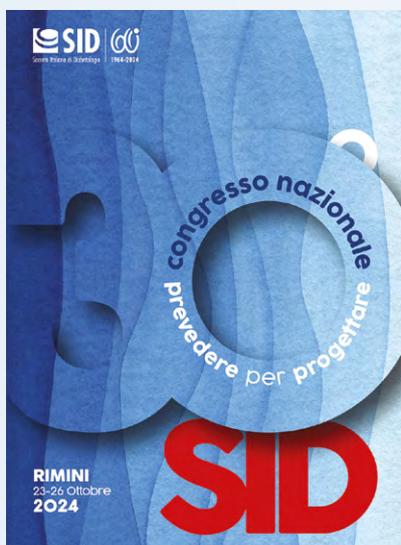
## ■ **PREVENZIONE**

*Post-infarto: ruolo chiave del Pcsk9 in caso di C-Ldl fuori controllo*

## ■ CONGRESSI

### Nuove raccomandazioni per la nutrizione nel diabete mellito

**P**revenire e gestire il diabete mellito di tipo 2 è una priorità a cui guardano le nuove Raccomandazioni elaborate dal gruppo di studio “Diabete e Nutrizione” dell’Easd e pubblicate lo scorso anno e che offrono raccomandazioni basate su solide evidenze scientifiche. Alcuni degli aspetti più innovativi delle raccomandazioni sono stati oggetto di una sessione del **30° Congresso Nazionale Sid** svoltosi a Rimini. “Queste raccomandazioni, presentate da poco più di un anno, rappresentano un passo avanti significativo nella gestione del diabete - afferma la prof.ssa **Angela A. Rivellesse** che ha partecipato



alla loro stesura. - L’enfasi sulla prevenzione, la perdita di peso e la personalizzazione dei piani alimentari ci permette di offrire ai pazienti strumenti più efficaci per controllare la malattia e migliorare la qualità della vita. Una perdita di peso sostanziale, di 10-15 kg, infatti, può essere in grado di invertire il processo che determina il diabete di tipo 2 tramite una riduzione del deposito di grasso a livello del pancreas ed il successivo miglioramento del funzionamento delle cellule beta, miglioramento che può essere ottenuto anche con una dieta simile alla Dieta Mediterranea”.

“La remissione, che prevede il ritorno a valori di HbA1c <48 mmol/mol (6.5%) che persista per almeno 3 mesi in assenza di terapia con farmaci ipoglicemizzanti, è un obiettivo ambizioso ma possibile in particolare quando la diagnosi di diabete è piuttosto recente. Ovviamente qualsiasi strategia nutrizionale prevede una attenta selezione dei pazienti e un adeguato team di supporto alla persona con diabete di tipo 2” interviene il Prof. **Angelo Avogaro**, Presidente Sid.

Un altro aspetto importante delle raccomandazioni, oggetto di discussione durante la sessione del Congresso Nazionale della Sid, ri-

guarda l’individuazione di alimenti e modelli alimentari da consigliare per le persone con diabete. Tra i modelli alimentari, particolare importanza riveste per le nostre regioni la vera “Dieta Mediterranea”, caratterizzata da un consumo prevalente di cereali integrali minimamente processati, vegetali, frutta, legumi e noci.

Naturalmente, la traduzione delle raccomandazioni in piani nutrizionali pratici, attuabili e sostenibili anche da un punto di vista ambientale, è essenziale e non può essere imposta o calata dall’alto, pena la mancata adesione. Tutti gli operatori sanitari (dietisti, nutrizionisti, medici) a cui queste raccomandazioni sono dirette devono cercare di individuare per la singola persona con diabete il modello alimentare più idoneo, sempre basato sulle evidenze scientifiche, ma che tenga conto anche delle preferenze individuali, delle convinzioni religiose, degli aspetti socioculturali e della sostenibilità ambientale.



## EMERGENZA SANITARIA

### Amianto, in Italia 1.500 morti all'anno a causa del mesotelioma

**T**ra il 2010 e il 2020 ogni anno in Italia sono decedute per mesotelioma in media 1.545 persone, 1.116 uomini e 429 donne. Dei decessi osservati in media ogni anno, 25 (l'1,7%) avevano un'età uguale o inferiore ai 50 anni. Sono i dati riportati nel nuovo rapporto Istisan 24118 "Impatto dell'amianto sulla mortalità. Italia, 2010-2020" dell'Istituto superiore di sanità (Iss) sulla mortalità per amianto nel nostro paese.

Il rapporto appena pubblicato riporta una diminuzione del numero dei decessi per mesotelioma tra gli under 50 negli ultimi anni, un primo effetto della legge 257/92 con la quale l'Italia vietò l'utilizzo dell'amianto e la produzione di manufatti contenenti amianto.

#### ► Le regioni e i comuni a più elevata mortalità

Le regioni Piemonte, Lombardia, Valle d'Aosta e Liguria presentano un numero di decessi per 100.000 abitanti maggiore della media nazionale, ma i casi sono distribuiti sull'intero territorio italiano. In totale sono stati registrati su tutto il territorio nazionale quasi 17.000 casi nel periodo 2010-2020 (vedi tabella 2 pag. 3 del rapporto).

Il numero dei decessi è superiore al numero atteso sulla base della media regionale in 375 comuni: si

tratta di territori con cantieri navali, poli industriali, ex industrie del cemento-amianto, ex cave di amianto.

#### ► La mortalità tra i giovani è in calo

Negli ultimi anni, come indicano i dati del rapporto, si osserva una diminuzione del numero dei decessi, in particolare tra la popolazione con 50 anni o meno (31 casi osservati nel 2010 e 13 casi nel 2020).

Le morti per mesotelioma osservate tra i più giovani - come spiegano gli esperti dell'Iss - sono probabilmente dovute a una esposizione avvenuta in età pediatrica in ambienti non-occupazionali, vista la lunga latenza (fino a 30-40 anni) della malattia.

La maggior parte delle persone decedute per mesotelioma è stata probabilmente esposta all'amianto in ambienti lavorativi nei decenni passati. Ma l'esposizione può essere avvenuta anche in contesti domestici o ambientali, per inalazione di fibre rilasciate nelle abitazioni oppure nell'ambiente da sorgenti presenti sul territorio.

#### ► Il mesotelioma e la legge 257/92

Il mesotelioma è un tumore aggressivo, ad alta letalità con una latenza anche di 30-40 anni, che col-

pisce le cellule del mesotelio, il tessuto sottile che ricopre gran parte degli organi interni. Nell'80% dei casi circa è dovuto all'esposizione all'amianto.

Per il fatto di rilasciare fibre inalabili, l'amianto (chiamato anche asbesto) oltre che del mesotelioma può essere responsabile di asbestosi (una malattia polmonare cronica conseguente all'inalazione di fibre di asbesto) e, seppure con una quota attribuibile più bassa e più difficile da stimare, anche di altre tipologie di tumore, come il tumore polmonare e dell'ovaio.

Il 27 marzo del 1992, con 13 anni di anticipo rispetto all'Europa, in Italia entra in vigore la legge 257/92, che stabilisce il divieto di estrazione, importazione, esportazione, commercializzazione e produzione di amianto.

#### ► La necessità di intervenire

"Le morti e le malattie per amianto destano un grande senso di ingiustizia sociale che richiama tutti alla necessità di intervenire - dichiara Marco Martuzzi, direttore del Dipartimento Ambiente e Salute dell'Iss - In Italia molto è stato fatto negli ultimi decenni, per cui oggi si vedono i primi effetti positivi". "Ma l'amianto rimane un'emergenza ambientale e sanitaria - riprende l'esperto - che richiede urgenti interventi di prevenzione, eliminando esposizioni residuali all'amianto ancora presenti nel nostro Paese. Va assicurata un'adeguata assistenza sanitaria e sicurezza sociale agli ex esposti, ai malati per amianto e ai loro familiari".

## ■ EPIDEMIOLOGIA

### Infezioni sessualmente trasmissibili: aumentano i casi

“ Si moltiplicano, soprattutto tra i più giovani, occasioni di sesso occasionale, spesso foraggiate anche dalle sfide lanciate da app e social. Questi fenomeni, oltre ad avere numerosi risvolti sociali, possono provocare anche contagi da Infezioni sessualmente trasmesse (Ist), i cui dati sono in aumento in tutta Europa, con l'Italia che non fa eccezione. Il tema è stato al centro del X Congresso Nazionale della Società Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (SIMaST), tenutosi lo scorso ottobre a Roma.

In attesa del Notiziario ufficiale dell'Istituto superiore di sanità (Iss), i primi dati dei sistemi di sorveglianza sentinella delle Ist in Italia coordinati dal Centro operativo Aids dell'Iss rivelano significativi incrementi.

“Nel 2022, per la gonorrea sono stati segnalati al sistema sentinella circa 1.200 casi, che rispetto agli 820 del 2021 implicano un aumento del 50%”, sottolinea **Barbara Suligoj**, Direttore Coa dell'Iss e presidente del congresso SIMaST. “Per la sifilide, siamo passati da 580 casi del 2021 a 700, con un aumento del 20%. Questa crescita non è solo un effetto della socializzazione post pandemia, ma si riscontra anche rispetto al 2019, quando i casi di gonorrea erano stati 610, mentre quelli di sifilide erano 470. Anche sulla clamidia il riscontro è analogo: dagli 800 casi del 2019, si è giunti nel 2022

a 993, con un aumento del 25%. L'aspetto più rilevante è il coinvolgimento giovanile, in particolare i giovani under 25: la prevalenza della clamidia tra le ragazze di questa fascia d'età è del 7%, mentre sopra i 40 anni è appena 1%. In 3 casi su 4 l'infezione da clamidia è asintomatica, quindi molte ragazze non se ne accorgono”.

Un altro dato che colpisce emerge dallo Studio internazionale Hbsc (Health behaviour in school-aged children), che a settembre 2024 ha pubblicato i dati 2022. In Italia, tra i giovani sessualmente attivi a 15 anni, il 69,4% dei ragazzi e il 61,6% delle ragazze hanno dichiarato di aver usato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale, ma a diciassette anni si registrano percentuali più basse: 65,9% nei maschi e 56,8% nelle femmine. Ciò che emerge dai dati comparati è la diminuzione a partire dal 2014 dell'uso del preservativo tra i quindicenni sessualmente attivi, un dato preoccupante. Il fenomeno ha dimensioni globali, con un calo dal 2014 al 2022 del 9% tra i maschi e del 6% tra le femmine.

#### ► **Vademecum SIMaST per la prevenzione**

Emerge un quadro di ampia disinformazione: nell'indagine condotta dalla SIMaST, scuola e famiglia spesso non riescono a sensibilizzare i ragazzi che si avvicinano ai primi approcci sessuali. Da questa esigenza è nata

la proposta della SIMaST di uno strumento con taglio divulgativo per ampliare la conoscenza della prevenzione, dei rischi, dei possibili rimedi.

“La nostra società scientifica si apre al pubblico, rivolgendosi soprattutto ai più giovani”, sottolinea **Luca Bello**, presidente SIMaST. “Al congresso abbiamo presentato il “Vademecum di prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse”, un materiale formativo scaricabile direttamente dal nostro sito. Con questo opuscolo, intendiamo informare sui comportamenti a rischio; far conoscere i modi per prevenire il contagio; riconoscere i sintomi e i segni di una potenziale Ist in atto”.

“Nel vademecum ci soffermiamo anche sulle dieci regole base di cui si dovrebbe sempre tenere conto - evidenzia Luca Bello - Anzitutto, utilizzare il preservativo in tutti i rapporti occasionali. Ricordarsi poi che l'utilizzo della pillola e degli altri anticoncezionali femminili evitano le gravidanze ma non proteggono dalle Ist. Tenere presente che avere rapporti sessuali durante le mestruazioni può ridurre il rischio di gravidanza ma non protegge dalle Ist. Essere sempre lucidi mentalmente quando si sta per avere un rapporto sessuale: alcol e sostanze tolgono lucidità mentale e sotto il loro effetto non ci si accorge di comportamenti non sicuri per la salute. Ridurre il numero dei partner sessuali: con quante più persone si hanno rapporti non protetti, tanto più si è a rischio di contrarre una Ist”.

“Evitare rapporti occasionali o con partner di cui non si conosca lo stato di salute senza preservativo - aggiunge Barbara Suligoj, tra gli autori del manuale - ed effettuare con regolarità i test per le Ist e per l'Hiv se si hanno numerosi partner occasionali”.

## ■ INNOVAZIONI TECNOLOGICHE

## Chirurgia addominale, robot pronti al sorpasso sulla laparoscopia

Dalla chirurgia bariatrica e metabolica a quella dell'ernia della parete addominale fino a quella pancreatica, gastrica e coloretale, i robot sono pronti a soppiantare la tradizionale laparoscopia in sala operatoria. Si accumulano, infatti, le evidenze scientifiche che mostrano, intervento dopo intervento, la superiorità degli interventi chirurgici robotici rispetto a quelli laparoscopici o a cielo aperto. L'accoppiata chirurgo-robot può migliorare gli esiti in sala operatoria, riducendo i tempi di recupero e le complicanze. A fare il punto sullo stato dell'arte sono gli specialisti che hanno preso parte a "Spotlight on robotic surgery", convegno nazionale che si è tenuto lo scorso ottobre a Napoli.

"La chirurgia robotica nell'ambito della chirurgia generale sta vivendo un periodo di grande evoluzione, con un incremento sempre maggiore del numero di piattaforme robotiche all'interno dei nostri ospedali", spiega Paolo Pietro Bianchi, presidente dell'Italian Club of Robotic Surgery e professore ordinario all'Università degli Studi di Milano. "Questa rivoluzione tecnologica porta inevitabilmente alla necessità di validare scientificamente la metodica nei diversi ambiti della chirurgia generale e di istituire dei programmi di training strutturato, così da poter

formare in modo adeguato e sicuro il maggior numero di chirurghi".

Marco Milone, vicepresidente dell'Italian Club of Robotic Surgery e professore associato di chirurgia generale dell'Università degli Studi di Napoli Federico II: "La tecnologia è matura e con la giusta formazione del personale in sala operatoria, la chirurgia robotica è destinata a migliorare gli esiti degli interventi con indubbi vantaggi per i pazienti. Grazie alle ultime innovazioni tecnologiche è possibile migliorare la qualità del gesto chirurgico. Una piattaforma tecnologicamente avanzata consente infatti di miniaturizzare i movimenti della mano del chirurgo rendendoli sempre più precisi, sicuri ed efficaci. Il campo di applicazione spazia dalla chirurgia radicale delle neoplasie epato-bilio-pancreatiche, esofago-gastriche e colo-rettali, alla chirurgia conservativa per le patologie funzionali dell'apparato digerente e alla chirurgia ricostruttiva della parete addominale".

La validazione delle procedure robotiche sta avvenendo molto rapidamente e, in alcuni campi, si sta mostrando progressivamente superiore alle tecniche più tradizionali. Come nel caso della riparazione dell'ernia della parete addominale, una comune procedura chirurgica. In uno studio condotto da Milone e pubblicato di recente dalla rivista

*Journal of Personalized Medicine*, è stata dimostrata la superiorità della chirurgia robotica rispetto a quella laparoscopica nel trattamento delle ernie inguinali e ventrali. "Questa metanalisi di 23 studi precedenti ha dimostrato che la chirurgia robotica è vantaggiosa per l'ernia inguinale nella riduzione del dolore postoperatorio, mentre nella riparazione robotica dell'ernia ventrale si è registrata una riduzione della degenza ospedaliera, minori recidive e minori tassi di reintervento rispetto all'approccio laparoscopico", precisa Milone.

Sul fronte della chirurgia per il tumore del colonretto, uno studio dell'UT Southwestern Medical Center di Dallas, pubblicato sul *World Journal of Surgical Oncology*, ha scoperto che i pazienti sottoposti a chirurgia robotica hanno beneficiato di degenze ospedaliere più brevi e tassi di complicanze inferiori nella stragrande maggioranza dei casi di colectomia. "Inoltre - sottolinea Giovanni Domenico De Palma, direttore del dipartimento di chirurgia generale, trapianti e gastroenterologia sempre del Policlinico di Napoli - a questi pazienti è stato rimosso un numero maggiore di linfonodi, che ha portato a una determinazione più precisa della stadiazione del cancro. Per quanto riguarda la chirurgia metabolica e bariatrica, indicata per i pazienti gravemente obesi, due nuovi studi presentati all'ultimo meeting annuale dell'American Society for Metabolic and Bariatric Surgery suggeriscono che l'intervento con i robot riduce i tempi operatori e le degenze con minori complicazioni rispetto agli approcci laparoscopici".

## ■ ONCOLOGIA

### Immunoterapia e complicanze: conoscere per prevenire

L'immunoterapia ha rivoluzionato il trattamento dei tumori e anche dall'ultimo congresso della Società Europea di Oncologia Clinica tenutosi a Barcellona lo scorso settembre arrivano conferme sui successi dell'impiego di questi farmaci in diversi tipi di neoplasie. Nel campo del melanoma si festeggia addirittura il traguardo dei dieci anni di vita di tanti pazienti metastatici, sopravvissuti a una prognosi infausta proprio grazie all'immunoterapia.

Importante, però, conoscere anche gli effetti indesiderati di un approccio che libera l'azione del sistema immunitario, per prevenirli e gestirli al meglio.

Sabrina Chiloiro e colleghi della Uoc di Endocrinologia e Diabetologia del Policlinico Gemelli, diretta dal Alfredo Pontecorvi, ordinario di Endocrinologia dell'Università Cattolica Campus di Roma e Direttore della Uoc di Endocrinologia e Diabetologia di Fondazione Policlinico Gemelli, fanno il punto sulle complicanze endocrinologiche dell'immunoterapia, anche alla luce dell'apertura, proprio al Gemelli, di due nuovi ambulatori dedicati, in collaborazione tra endocrinologia, oncologia e ginecologia oncologica.

"La frequenza di disturbi endocrinologici correlati all'immunoterapia varia dal 4 al 14,6% dei pazienti trattati", ricorda Chiloiro, ricercatrice in Endocrinologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. "Tra gli effetti inde-

siderati più frequenti ci sono le disfunzioni tiroidee e, in particolare, le tiroiditi, che possono comparire settimane-mesi dopo la somministrazione dell'immunoterapia e che in genere evolvono verso l'ipotiroidismo, e le malattie dell'ipofisi come le ipofisiti con ipopituitarismo, che possono causare in particolare deficit di Acth isolato, ma anche ipogonadismo e ipotiroidismo secondari e che tipicamente compaiono a 9 settimane dall'inizio dell'immunoterapia, ma anche molto più tardivamente. Rari, ma segnalati in letteratura, anche casi di diabete insulino-dipendente e di insufficienza surrenalica primitiva.

Giampaolo Tortora, ordinario di Oncologia medica dell'Università Cattolica Campus di Roma e direttore del Comprehensive Cancer Center di Fondazione Policlinico Gemelli: "Gli effetti indesiderati dell'immunoterapia possono essere gestiti con successo grazie a una collaborazione multidisciplinare tra endocrinologi e oncologi; questo consente non solo di vigilare sulla sicurezza del paziente ma permette anche di offrirgli la possibilità di completare, senza interruzioni, i cicli di immunoterapia, preziosi per il successo del trattamento oncologico".

"L'immunoterapia - ricorda Giovanni Scambia, Direttore della Uoc di Ginecologia Oncologica e Direttore scientifico di Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs - è una

risorsa terapeutica ormai irrinunciabile per una serie di tumori ginecologici, come quelli dell'endometrio, del collo dell'utero e per alcune forme di tumori del seno. Aver creato, attraverso uno spazio ambulatoriale dedicato, un filo diretto con l'endocrinologia ci consente di gestire sempre meglio le nostre pazienti, sfruttando appieno i benefici dell'immunoterapia, in piena sicurezza".

"Può non essere facile diagnosticare questi effetti indesiderati endocrinologici - ricorda Chiloiro - perché spesso esordiscono con sintomi aspecifici come una grande stanchezza o la cefalea. Anche l'interpretazione degli esami di laboratorio può risultare difficile perché l'uso concomitante di farmaci quali corticosteroidi e antiemetici può alterare gli esami endocrinologici, come anche lo stress e le condizioni stesse del paziente. È dunque fondamentale che le persone trattate con immunoterapia siano sottoposte a stretta sorveglianza per cogliere sul nascere la comparsa di un problema endocrinologico".

"Il nostro consiglio - conclude Pontecorvi - è di richiedere esami endocrinologici completi prima di avviare l'immunoterapia. Durante il trattamento, il timing dell'esecuzione degli esami ormonali completi andrà pianificato in base al rischio del singolo paziente di sviluppare tossicità endocrinologiche, soprattutto nei primi mesi di trattamento e nei pazienti con precedenti patologie tiroidee o autoimmuni. Prima di ogni ciclo di immunoterapia, consigliamo in ogni paziente di indagare l'insorgenza di sintomi riconducibili a disfunzioni endocrinologiche, e di eseguire esami ormonali per rivalutare la funzionalità tiroidea e surrenalica.

■ PREVENZIONE

## Post-infarto: ruolo chiave del Pcsk9 in caso di C-Ldl fuori controllo

**D**opo un infarto, mantenere sotto controllo i livelli di colesterolo Ldl è vitale per prevenire nuovi eventi cardiovascolari. Tuttavia, molti pazienti non riescono a ridurlo adeguatamente, perdendo il beneficio di diminuire il rischio di secondi eventi cardiovascolari, esponendosi a possibili ricadute. Le recenti evidenze emergono dallo studio italiano AT Target-IT coordinato da Pasquale Perrone Filardi, Direttore della Scuola di specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università "Federico II" di Napoli, Presidente Sic (Società Italiana di Cardiologia) e pubblicato sull'European Journal of Preventive Cardiology. I dati mostrano che intervenire subito dopo l'infarto, già durante il ricovero, in modo intensivo con anticorpi monoclonali inibitori di Pcsk9, abbassa i livelli di C-Ldl fino al 70%. L'approccio "colpisci presto, colpisci forte" ha portato il 68% dei pazienti a raggiungere l'obiettivo raccomandato di C-Ldl (55 mg/dL) già al primo controllo.

"I pazienti che hanno avuto un infarto sono considerati ad altissimo rischio. Le linee guida europee raccomandano di raggiungere livelli di C-Ldl inferiori a 55 mg/dL, e addirittura sotto i 40 mg/dL per chi ha avuto multipli eventi cardiovascolari.", afferma Perrone Filardi. "Tutti i pazienti dopo l'infarto dovrebbero fare un controllo do-

po 4 settimane di terapia anti-lipidica per verificare l'efficacia del trattamento e, se i livelli di Ldl non sono ancora ottimali, è necessario modificare e ottimizzare la terapia".

I pazienti che hanno raggiunto l'obiettivo di C-Ldl 55 mg/dL hanno visto una significativa diminuzione del rischio rispetto a quelli che non l'hanno raggiunto e che hanno livelli superiori. Il beneficio è ancora maggiore per chi ha livelli di colesterolo Ldl sotto i 43 mg/dL e massimo per chi scende sotto i 23 mg/dL. Questi risultati confermano che abbassare il colesterolo Ldl in modo intensivo subito dopo un infarto è sicuro ed efficace con significativi benefici per ridurre il rischio di recidive.

"Il periodo immediatamente successivo a un infarto è una fase vulnerabile per i pazienti, con un alto rischio di successivi eventi cardiovascolari ischemici, soprattutto nei primi mesi fino al primo anno, e un tasso di mortalità complessiva intorno al 10%", sottolinea Perrone Filardi. "Intervenire subito, già durante il ricovero ospedaliero sul colesterolo Ldl, rappresenta un'opportunità per ottimizzare la terapia, raggiungere rapidamente i livelli target e ridurre il rischio di un secondo evento cardiovascolare entro l'anno. Gli anticorpi monoclonali inibitori di Pcsk9 si sono dimostrati efficaci e sicuri nell'implementare questo pro-

tolco terapeutico, come evidenziato dallo studio AT Target-IT".

Il successo dell'approccio "colpisci presto e colpisci forte" dipende in modo significativo anche dall'aderenza alla terapia. Dall'analisi dei dati di 771 pazienti post-infarto trattati in 22 centri italiani con anticorpi monoclonali inibitori di Pcsk9, è emerso che questi farmaci sono ben tollerati, con il 90.9% dei pazienti che risultano aderenti allo schema terapeutico in 11 mesi.

Questo risultato è significativo considerando che, secondo la letteratura scientifica, solo circa 5 pazienti su 10 (45.9%) a rischio molto alto e 3 su 10 (30.2%) a rischio medio seguono regolarmente una terapia ipolipemizzante tradizionale, rappresentate in primo luogo dalle statine, esponendosi così a un maggior rischio di complicazioni cardiovascolari.

"Le terapie orali per le patologie cardiovascolari croniche spesso presentano problemi di aderenza. Diversi studi evidenziano che i pazienti, soprattutto se assumono molti farmaci, tendono ad interrompere ad un certo punto il trattamento", continua Perrone Filardi. Gli anticorpi monoclonali inibitori di Pcsk9 offrono un'importante opportunità in questo contesto e hanno dimostrato un'aderenza superiore al 90% che si mantiene nel tempo. La loro somministrazione è semplice: un'iniezione ogni 15 giorni, senza effetti collaterali significativi come le mialgie, che spesso accompagnano le statine, sebbene queste ultime rimangano una terapia di supporto."

Bibliografia disponibile a richiesta

# La MRC è la principale malattia cronico-degenerativa, ma si può arginare

La prevenzione e la diagnosi precoce della malattia renale cronica sono veri e propri salvavita, per questo la Società italiana di nefrologia (SIN) si adopera da tempo per sensibilizzare medici e pazienti su questo tema, ora anche con il coinvolgimento concreto delle istituzioni. Al centro, come principale alleato, il MMG. Il nuovo presidente Sin, Luca De Nicola, in questa intervista esclusiva per *M.D.*, fa il punto sulla nefrologia italiana e le iniziative in corso, tra continuità e novità, al servizio dei pazienti

Livia Tonti

**L**a collaborazione tra MMG e specialista è considerata diffusamente come uno dei capisaldi della buona cura dei pazienti. Tanto più per condizioni che è spesso possibile prevenire efficacemente e che, se diagnosticate tempestivamente, possono essere ben controllate. Per esempio la Malattia renale cronica (MRC), patologia sempre più diffusa e che sta diventando una grave problematica di salute, in grado di impattare, quando in stadio avanzato, in maniera devastante sulla vita delle persone che ne sono affette, dei loro caregiver e anche sul sistema sanitario.

Di questa patologia abbiamo ampiamente trattato su *M.D. Medicinae Doctor* grazie alla collaborazione con la Società italiana di nefrologia (SIN). Ed è in questa scia, vista l'importanza dell'argomento, che abbiamo chiesto al neopresidente della società scientifica, prof. **Luca De Nicola**, di fare per i nostri lettori una fotografia della situazione attuale, delle prospettive future e delle potenzialità dell'alleanza tra MMG e nefrologi per curare al meglio i pazienti a rischio o con malattia renale.



**Come neo presidente della SIN, quali sono a suo avviso le tematiche da trattare con maggiore sollecitudine in ambito nefrologico?**

“ Partiamo da una considerazione: la MRC è diventata la principale malattia cronica degenerativa. Ad oggi infatti interessa circa 800 milioni di pazienti al mondo, con 4.5 milioni solo in Italia. Per capire le dimensioni del problema, bisogna considerare che questi numeri sono il doppio di quelli dei pazienti diabetici, il doppio dei cardiopatici, 10-20 volte quelli dei pazienti neoplastici, 10

volte a quelli dei pazienti con malattia cerebrovascolare. In questo contesto, la principale problematica è la **consapevolezza** della malattia renale, sia da parte dei pazienti, sia, e soprattutto, da parte dei MMG e degli specialisti non nefrologi. Purtroppo infatti si tratta di una patologia praticamente asintomatica sino a fasi abbastanza avanzate, ma, se riconosciuta tempestivamente, è possibile metterla in remissione, grazie all'approccio nutrizionale e ai farmaci a disposizione.

Quindi la sfida è identificarli, questi pazienti e per questo serve anche avere un **rapporto istituzionale**. A questo scopo, già il 14 marzo di quest'anno, come Presidente eletto, ho fatto sì che venisse depositato a Montecitorio un disegno di legge sullo **screening della malattia renale cronica nelle medicine generali**. Si tratta di uno screening proattivo, in cui viene fornita ai MMG una scheda nefrologica di estrema semplicità (perché siamo ben consapevoli del carico di lavoro che hanno i MMG), in cui è indicato: quali tipologie di pazienti devono essere sottoposte a screening, la fascia d'età, come fare lo screening.

Un altro punto è cosa fare di questi pazienti una volta individuata la malattia renale cronica. Il rinvio allo specialista dovrebbe essere fatto non a tappeto, ma in presenza di alcune caratteristiche (*tabella 1*).

Viceversa, può essere curata dal MMG per esempio la persona di 80 anni che ha valori di creatinina di 1.3 - 1.4 mg/dl, senza albuminuria, senza anemia, in cui i valori di creatininemia sono con tutta probabilità il risultato del normale processo di invecchiamento.

Durante i due anni della mia presidenza uno dei punti fondamentali sarà quindi portare avanti questo disegno di legge, oltre che fare educazione sul MMG,



**Luca De Nicola**

*Nato a Taranto il 27/6/1962 e laureatosi con 110/110 e lode presso l'Università Federico II di Napoli, ha fatto il dottorato di ricerca in "Fisiopatologia della Insufficienza Renale", la specializzazione in Nefrologia e il post-Dottorato in Medicina. "Visiting Professor" per due anni presso la Nephrology Division - UCSD di San Diego, CA, USA per lo studio dell'emodinamica glomerulare e la funzione tubulare con la tecnica della micropuntura, è attualmente Professore Ordinario in Nefrologia e Direttore dell'UOC Nefrologia, Dialisi e Trapianto presso l'AOU degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" di Napoli. È Presidente della Società Italiana di Nefrologia per il biennio 2024-2026.*

che credo sia la nostra principale interfaccia. Un altro punto fondamentale è quello di **facilitare le liste di attesa per i trapianti** d'organo. Il problema principale a riguardo è l'educazione dei nefrologi, che devono abituarsi a fare ammettere i pazienti nelle liste d'attesa. Terzo punto sarà quello di **incrementare la terapia dialitica domiciliare**: la dialisi peritoneale ha ormai avuto una grande evoluzione. È una terapia che consente di stare a casa, che si può integrare con la terapia farmacologica e che fa sì che il paziente faccia uno scambio al giorno invece dei quattro standard. Inoltre costa dal 30 al 40% in meno dell'emodialisi ».



**Da tempo i nefrologi chiedono a gran voce una maggiore collaborazione con la medicina del territorio, sono state prese delle iniziative in questo senso da parte vostra...**

“ Quello che penso è che bisogna normalizzare il rapporto tra nefrologo e MMG.

Oltre alla proposta di legge di cui abbiamo già parlato, aggiungo anche che sono il principale estensore del PDTA della malattia renale cronica attualmente alla firma del Ministro Schillaci. Questo PDTA ha un P in più, PPDTA (Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale), perché prende in considerazione anche la Prevenzione, oltre il percorso diagnostico-terapeutico. Anche in questo PPDTA viene esplicitata la possibilità di fare screening nelle medicine generali ed è quindi incentrato sul rapporto con la medicina generale ».

#### TABELLA 1

##### Esempi di tipologie di pazienti che è opportuno inviare al nefrologo

- Presenza di ipertensione ingravescente refrattaria
- Albuminuria, indipendentemente dal valore di creatinina
- Filtrato glomerulare < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>
- Ematuria glomerulare o ematuria non dipendente da motivi urologici
- Progressione rapida della malattia renale



**Quali sono i punti su cui il Mmg deve porre maggiore attenzione a suo avviso?**

“ Il MMG ha un ruolo cruciale nella **prevenzione**, in primo luogo individuando i soggetti a rischio di insufficienza renale, in particolare: ipertesi, diabetici, obesi, cardiopatici. Tra questi fattori di rischio, forse l'obesità è la meno conosciuta, invece si tratta di una reale epidemia, nell'epidemia della MRC. È importante quindi parlare di stili di vita, orientando il paziente obeso al nutrizionista. Questo è il primo punto.

Il secondo punto è quello incardinato nel PPDTA, ossia, la **diagnosi tempestiva**: nelle categorie di pazienti a rischio, verificare la creatinemia per il valore di GFR, effettuare l'esame delle urine, e soprattutto registrare l'albuminuria, altro punto spesso sottovalutato. Anzi, se dovessi indicare qual è il principale indicatore di malattia renale cronica, indicherei invece proprio la proteinuria, più che il filtrato. Perché per esempio un anziano potrebbe presentare un filtrato un po' ridotto, ma non avere necessariamente una malattia renale progressiva. L'anziano può presentare infatti una riduzione della funzionalità renale a causa di un'arteriosclerosi, senza albuminuria e con un'emoglobina normale. Questo è un paziente che si può gestire in MG. Il terzo punto di particolare interesse per il MMG è rappresentato dalla **consapevolezza che i pazienti anziani con una ridotta funzione renale, anche senza diagnosi di malattia renale cronica progressiva, non hanno riserva funzionale renale**. Questo comporta la necessità di particolari considerazioni nella **scelta dei farmaci da prescrivere**, per esempio, per gli stati dolorosi: non i Fans, che sono notoriamente tossici per il rene, ma altri antidolorifici ».



**Quanto conta lo stile di vita per proteggere i reni?**

“ Lo stile di vita conta molto. Innanzitutto è importante **mantenere un normopeso**, perché l'obesità altera la funzione renale, sia perché è associata a uno stato infiammatorio sia perché comporta un'alterazione emodinamica, come una iperfiltrazione glomerulare che, nel lungo termine, può provocare danno renale. Si può inoltre verificare una compressione ab estrinseco del rene: a causa dell'aumento della pressione addominale, infatti, può collabire la vena renale, tende a collabire anche l'arteria, con rischio di una nefropatia ischemica o da congestione legata proprio alla compressione del pannello adiposo. Per il resto ci associamo a quanto ampia-

mente condiviso e cioè che la dieta migliore resta quella mediterranea, senza eccedere con le proteine ”.



## Diagnosi tempestiva di MRC: quanto sta riuscendo ad ora?

“ Risultati per adesso non li stiamo vedendo. Va tenuto conto che si stima che solamente tra il 10 e il 20% dei pazienti con malattia renale cronica ne hanno la diagnosi. Ne consegue che l’80% dei pazienti non è in cura, e progredisce verso la dialisi o addirittura muore per premorienza legata a eventi cardiovascolari, perché la malattia renale cronica è un fattore indipendente di rischio CV, come riconosciuto dalla cardiologia internazionale. Quindi, ribadisco, vanno fatte prevenzione e diagnosi tempestiva ”.



## Una volta diagnosticata la malattia: quali sono i progressi più significativi in ambito terapeutico a suo avviso?

“ Dal 2015 in poi è cambiato il mondo nell’ambito della nefrologia. Ora sono disponibili gli inibitori del SGLT2, dapagliflozin, empagliflozin, canagliflozin. A questi si aggiunge il finerenone, con un’azione antinfiammatoria, antifibrotica diretta, ora indicato per i pazienti con malattia renale diabetica, ma possiamo contare che un domani sia anche disponibile per i pazienti con malattia renale non diabetica. Inoltre lo studio FLOW, pubblicato prima dell’estate, ha dimostrato, in pazienti con malattia renale diabetica, che la semaglutide è in grado di ridurre il rischio di progressione del 24% [endpoint primario: eventi maggiori di malattia renale, composito di insorgenza di insufficienza renale (dialisi, trapianto o eGFR <15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), almeno una riduzione del 50% dell’eGFR rispetto al basale o morte per cause renali o cardiovascolari. Ndr]. Recentemente si è resa inoltre disponibile la tirzepatide, dimostratasi in grado di ridurre il peso corporeo negli obesi di oltre il 20%. Sia tirzepatide che semaglutide sembrano anche dare benefici renali. A breve arriveranno i farmaci anti endotelina. L’endotelina, la cui produzione è stimolata anche dalla MRC, è molto più pericolosa dell’angiotensina. È infatti il principale vasocostrittore induttore di fibrosi ”.



## Quali sono le problematiche più importanti che il paziente con MRC deve affrontare?

“ Il principale problema è la **consapevolezza della malattia**. Se infatti il paziente viene riferito al nefrologo

in una fase non avanzata di MRC, quindi a uno stadio 3, per esempio, con filtrato tra 60 e 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> e 1.5 - 2 mg/dl di creatinemia, siamo in grado di impedirne la progressione. Per chi è in terapia c’è il solito problema della **aderenza terapeutica**, e anche su questo il MMG può essere preziosissimo ”.



## MRC allo stadio terminale: che modalità di terapia sostitutiva ci sono ora e con quali principali pro e contro?

“ Negli anni 70 non avevamo terapia, si moriva. Poi è entrata l’**emodialisi**, terapia salvavita. In Italia ci sono 45.000 dializzati, che presentano però una mortalità elevata: circa il 50% dopo 5 anni. Si tratta infatti di una terapia che non può essere considerata fisiologica ed esente da rischi. Vi sono in particolare delle variazioni cicliche importanti della volemia e quindi anche delle dimensioni del cuore, prima e dopo la dialisi, che pongono il paziente a rischio di eventi CV. Solo una minoranza di pazienti, nel nostro paese, circa il 9%, ricorre alla **dialisi peritoneale**. Questa presenta diversi vantaggi: si fa a domicilio, è molto più fisiologica, il paziente conserva la diuresi e, tra l’altro, costa meno. E su questo noi dobbiamo lavorare: per far sì che il MMG possa informare il paziente che esiste anche questa possibilità e di parlane col nefrologo. La terza terapia sostitutiva, e considerata la migliore, è il **trapianto**. Bisogna però considerare alcune criticità: non tutti i pazienti sono candidabili e occorre velocizzare le liste d’attesa. Quest’ultima questione è tra gli intenti della SIN, cioè creare dei percorsi in ogni Azienda che facilitino gli esami da fare prima del trapianto e che favoriscano anche il trapianto da vivente ”.



## Che messaggio darebbe ai nostri lettori MMG da “portare a casa”?

“ Un unico messaggio: considerate che la malattia renale cronica non è rara come sempre pensato, ma è la principale malattia cronica degenerativa che abbiamo al mondo, per cui fate in scienza e coscienza quello che si fa quando si ha una malattia diffusa, pericolosissima, ad alto costo e che oggi noi possiamo trattare ”.

• Jastreboff AM, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med* 2022; 387:205-16.

• Perkovic V, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2024; 391:109-21.

# Utilizzo giudizioso dell'antibioticoterapia: come, quando e perché è utile prescrivere o meno un antimicrobico

La resistenza antimicrobica è una minaccia per la salute e lo sviluppo globale ed è ritenuta causa di oltre 5 milioni di morti nel mondo ogni anno. Bisogna migliorare la sorveglianza della resistenza antimicrobica per ridurre il consumo inappropriato di antibiotici e per far sì che questi farmaci risultino efficaci

a cura di: **Pasquale De Luca**<sup>1</sup>

con la collaborazione di: **Angelo Benvenuto**<sup>1</sup>, **Vito Sollazzo**<sup>2</sup>, **Teresa Marinelli**<sup>1</sup>, **Antonio De Luca**<sup>2</sup>

## ► Introduzione

La maggior parte delle infezioni riscontrate nell'assistenza sanitaria di base non sono causate da batteri (es. la maggior parte delle infezioni del tratto respiratorio ha eziologia virale), pertanto il paziente non trarrà beneficio dal trattamento antibiotico. Anche quando l'infezione ha eziologia batterica, molte infezioni sono spesso autolimitanti, con basso rischio di complicanze gravi, e il beneficio degli antibiotici è limitato, abbreviando in genere la durata dei sintomi solo di circa 1 o 2 giorni. La maggior parte dei pazienti sani con infezioni lievi possono essere trattati in sicurezza solo in modo sintomatico, con farmaci antinfiammatori, antidolorifici o di supporto. L'influenza, le sindromi simil-influenzali e i raffreddori non sono scatenati da batteri, pertanto l'uso dell'antibiotico in tali circostanze è controindicato. In tali casi,

l'assunzione degli antibiotici deve avvenire solo nel caso in cui si verifichi una sovrainfezione batterica, che deve essere comunque accertata dal medico, evitando pertanto l'autoprescrizione. L'uso inappropriato degli antibiotici può comportare addirittura seri danni per la salute, poiché può favorire la comparsa di ceppi batterici resistenti alla loro azione e, pertanto, più difficili da sconfiggere.

## ► Scelta ed efficacia dell'antibiotico

Gli antibiotici sono raggruppati in classi, in base alla loro struttura chimica. Tuttavia, antibiotici appartenenti alla stessa classe frequentemente influiscono sull'organismo in modo diverso e possono essere efficaci contro batteri diversi. Ogni antibiotico è efficace solo contro alcuni tipi di batteri. Al momento di scegliere un antibiotico per trattare un paziente con un'infezione, i medici cercano di valutare quali batteri siano la probabile causa di tale infezione. Per esempio, alcune infezioni sono causate solo da determinati tipi di batteri. Talvolta, un antibio-

tico è presumibilmente efficace contro tutti i batteri verosimilmente responsabili dell'infezione, quindi ulteriori esami possono non essere necessari. Se le infezioni sono causate da diversi tipi di batteri o da batteri che presumibilmente non sono sensibili agli antibiotici, è necessario eseguire in laboratorio un esame colturale su campioni di sangue, urina o tessuto prelevati dal paziente per identificare i batteri responsabili. I batteri infettanti vengono in seguito testati per valutare la loro sensibilità a una serie di antibiotici. Generalmente sono necessari uno o due giorni per ottenere i risultati di questi esami, che quindi non possono guidare la scelta iniziale dell'antibiotico, se l'infezione deve essere trattata immediatamente. In tali casi, i medici di norma iniziano il trattamento con un antibiotico che è efficace contro i batteri che più frequentemente causano l'infezione. Quando sono disponibili i risultati dell'esame, se necessario si modifica la terapia antibiotica.

Gli antibiotici efficaci in laboratorio non necessariamente producono

<sup>1</sup> S.C. Medicina Interna  
Ospedale di San Severo ASL Foggia

<sup>2</sup> S.C. Cardiologia Clinica e Interventistica  
Ospedale di San Severo ASL Foggia

benefici nel soggetto infetto. L'efficacia del trattamento dipende da:

- livello di assorbimento del farmaco nel sangue circolante (per i farmaci assunti per via orale);
- quantità di farmaco che raggiunge le sedi di infezione;
- velocità con cui l'organismo elimina il farmaco.

Questi fattori variano da soggetto a soggetto, in base ad altri farmaci assunti, ad altri disturbi presenti e all'età.

Per selezionare un antibiotico, i medici prendono in considerazione anche:

- la natura e la gravità dell'infezione;
- lo stato del sistema immunitario del paziente (la sua capacità di aiutare il farmaco a combattere l'infezione);
- i possibili effetti collaterali del farmaco;

- la possibilità di allergie o altre reazioni gravi al farmaco;
- il costo del farmaco.

I medici considerano anche quanto possa essere difficoltoso per i pazienti assumere gli antibiotici per tutto il periodo prescritto e completare l'intero ciclo di trattamento. Può risultare più difficile completare il trattamento se il farmaco deve essere assunto molto spesso o soltanto a orari specifici (come prima, durante o dopo i pasti).

Possono essere necessarie combinazioni di antibiotici per il trattamento di:

- infezioni gravi, in particolare durante i primi giorni, quando la sensibilità dei batteri agli antibiotici non è nota;
- alcune infezioni causate da batteri che rapidamente sviluppano resistenza a un singolo antibiotico;
- infezioni causate da più di un tipo di batteri, qualora ciascun tipo sia sensibile a un antibiotico diverso.

Al momento di prescrivere antibiotici ai soggetti più anziani, i medici possono optare per una dose più

bassa rispetto alla norma, in quanto i reni tendono a funzionare meno bene con il passare degli anni. In questi casi, i reni potrebbero non essere in grado di eliminare gli antibiotici in maniera efficace, aumentando i rischi di effetti collaterali.

I medici devono anche valutare quanto segue:

- gli altri farmaci che il soggetto sta assumendo; infatti, i pazienti più anziani hanno la tendenza ad assumere molti medicinali con il rischio di interazioni farmacologiche;
- quanto il regime antibiotico sia complesso e difficile da seguire;
- se i famigliari o gli assistenti sanitari possono aiutare il paziente ad assumere l'antibiotico come prescritto;
- se il soggetto vive in casa di riposo; in queste situazioni, infatti, diversi batteri possono provocare infezioni.

Gli antibiotici devono essere assunti finché gli agenti patogeni non sono stati eliminati dall'organismo, il che si può verificare giorni dopo la scomparsa dei sintomi. Interrompere il trattamento troppo presto può determinare la recidiva dell'infezione.

La durata del trattamento varia molto da caso a caso: le infezioni delle vie urinarie possono richiedere pochi giorni di assunzione, mentre una polmonite può rendere necessario proseguire la terapia antibiotica per una o due settimane. Infezioni alle ossa possono invece richiedere un trattamento di qualche mese, mentre il trattamento antibiotico dell'acne può durare ancora più a lungo.

### ► Il problema emergente dell'antibiotico-resistenza

I batteri possono sviluppare resistenza agli effetti degli antibiotici, soprattutto quando non vengono assunti come indicato. I batteri, come tutti gli organismi viventi, si modificano nel tempo in risposta ai cambiamenti ambientali. A causa dell'ampio e im-

proprio utilizzo degli antibiotici (ovvero quando non vengono assunti come prescritto), i batteri sono costantemente esposti a questi farmaci. Sebbene l'esposizione agli antibiotici determini la morte di molti batteri, quando gli antibiotici non vengono assunti adeguatamente alcuni sopravvivono e sviluppano resistenza agli effetti di questi farmaci.

Il fenomeno della antibiotico-resistenza è riconducibile a diverse cause:

- auto-prescrizione e abuso di antibiotici che vengono assunti, senza la prescrizione di un medico, da soggetti immunocompetenti (ossia con un sistema immunitario efficace) in situazioni in cui le infezioni potrebbero essere risolte con metodi alternativi o spontaneamente;
- uso ingiustificato di antibiotici in situazioni, come l'influenza, in cui il disturbo non è di origine batterica e pertanto rende assolutamente inappropriato l'uso dell'antibiotico stesso;
- uso eccessivo di antibiotici in zootecnica, sia per prevenire la diffusione di malattie tra gli animali che come promotori di crescita;
- scarsa aderenza dei pazienti alla terapia: i pazienti non assumono l'antibiotico secondo precisi intervalli di tempo o sospendono la terapia non appena si verifica un miglioramento dei sintomi, prima della fine dell'intero ciclo prescrittivo.

### ► Antibioticoterapia in gravidanza

In genere, durante la gravidanza gli antibiotici vengono usati solo quando i benefici del trattamento superano i rischi. Alcuni antibiotici sono più sicuri di altri. Le penicilline, le cefalosporine e l'eritromicina sono tra gli antibiotici più sicuri da utilizzare durante la gravidanza. Le tetracicline non vengono utilizzate durante la

gravidanza. La maggior parte degli antibiotici passa nel latte materno in quantità sufficienti da influire su un bambino allattato al seno e talvolta non può essere usata nelle donne che allattano. In certi casi si deve decidere se interrompere l'allattamento o non utilizzare il farmaco. Se una donna contrae un'infezione durante la gravidanza o l'allattamento, deve discutere dei benefici e dei rischi del trattamento con il proprio medico.

### ► Effetti collaterali degli antibiotici

Nella maggior parte dei casi gli antibiotici sono ben tollerati. Possono tuttavia comparire alcuni effetti avversi, rappresentati per lo più da episodi di diarrea o nausea. Per prevenire o contrastare l'insorgenza di tali disturbi del tratto gastroenterico, il medico potrebbe prescrivere dei fermenti lattici. La comparsa e la gravità degli effetti avversi dipendono dal dosaggio utilizzato e dalla sensibilità del singolo paziente nei confronti del farmaco, in particolare dall'interazione tra l'antibiotico e la flora batterica del paziente stesso. Le donne, ad esempio, possono trovarsi anche alle prese con la candidosi vaginale a causa dell'effetto dell'antibiotico sulla flora batterica intestinale e vaginale. Le conseguenti alterazioni della popolazione di batteri "buoni", amici della salute, possono portare anche alla comparsa, in bocca, del mugugno. L'assunzione di antibiotici può quindi essere associata alla comparsa di disturbi quali: crampi addominali; eczema; feci molli; fiato corto; gonfiori a lingua, labbra o volto; macchie bianche sulla lingua; nausea o vomito; orticaria; perdite vaginali. Fatta eccezione per alcune reazioni allergiche severe (anafilassi), la maggior parte degli effetti avversi che pos-

sono essere associati all'assunzione di un antibiotico non sono gravi. Oltre agli effetti collaterali non bisogna dimenticare nemmeno la possibilità che gli antibiotici interferiscano con l'azione di altri farmaci.

### ► Antibiotico-profilassi

A volte gli antibiotici vengono utilizzati per prevenire le infezioni (profilassi); ad esempio, possono venire somministrati antibiotici profilattici:

- per prevenire la meningite nei soggetti venuti a contatto con un paziente affetto da questa malattia;
- nei pazienti con anomalie delle valvole cardiache o portatori di protesi valvolari cardiache, prima di procedure dentali e chirurgiche (che possono consentire l'ingresso di batteri nell'organismo), al fine di prevenire le infezioni batteriche a carico delle valvole;
- prima di interventi chirurgici ad alto rischio di infezione (come gli interventi ortopedici o intestinali maggiori).

Gli antibiotici possono anche essere somministrati a pazienti con compromissione del sistema immunitario, come quelli affetti da leucemia, sottoposti a chemioterapia o colpiti da Aids, che risultano particolarmente soggetti a infezioni gravi e che necessitano di assumere antibiotici per un lungo periodo.

### ► Take home message

Pensa alle 8D prima di prescrivere! Prima di prescrivere antibiotici ai pazienti, i prescrittori devono considerare le otto D:

1. Diagnosi: qual è la diagnosi clinica? C'è evidenza di un'infezione batterica significativa?
2. Decidere: gli antibiotici sono davvero necessari? Devo fare colture o altri test?
3. Drug (farmaco): quale antibiotico prescrivere? Sono presenti allergie, interazioni o altre controindicazioni?
4. Dose: quale dose, quante volte al giorno? Sono necessari aggiustamenti della dose, es. a causa di insufficienza renale?
5. Delivery (somministrazione): quale formulazione usare? È un prodotto di buona qualità? Se è necessario un trattamento endovenoso, quando è possibile passare alla somministrazione orale?
6. Durata: per quanto tempo? Qual è la data di fine somministrazione?
7. Discutere: informare il paziente su diagnosi, probabile durata dei sintomi, eventuale tossicità del farmaco e cosa fare in caso di mancata guarigione.
8. Documentare: annotare tutte le decisioni e il piano di gestione dell'antibiotico.

### BIBLIOGRAFIA

- Chokshi A, Sifri Z et al. Global contributors to antibiotic resistance. *J Global Infect Dis* 2019;11: 36.
- ECDC/EMA Joint Technical Report. The bacterial challenge: time to react. 2009.
- López-Vázquez P, Vázquez-Lago JM et al. GREPHEPI Group. Development and validation of the knowledge and attitudes regarding antibiotics and resistance (KAAR-11) questionnaire for primary care physicians. *J Antimicrob Chemother* 2016; 71: 2972-9.
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2018.
- Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 268-74.
- Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2011; 2: 53-5.
- Teixeira Rodrigues A, Roque F et al. Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *Int J Antimicrob Agents* 2013; 41: 203-12.
- Touboul-Lundgren P, Jensen S et al. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us". *BMC Public Health* 2015; 15: 908.

# Terapia della degenerazione maculare: approcci diversi a seconda delle fasi

Nelle prime fasi la somministrazione di integratori alimentari con effetto antiossidante può ridurre la progressione della malattia, seguita più avanti da inibitori dei fattori del complemento per la terapia della Amd secca; sono in sperimentazione due inibitori dei fattori del complemento. Per la forma essudativa sono proposte iniezioni intravitreali di farmaci anti-Vfgf

**Giulia Marin, Mauro Marin** - *Medici di medicina generale (Pordenone)*

**L**a patologia, nota con l'acronimo Amd (Age-related Macular Degeneration), è un'atrofia retinica centrale progressiva ad eziologia multifattoriale che interessa circa 800.000 anziani in Italia e rappresenta la causa più comune di ipovisione invalidante e di cecità legale negli anziani<sup>1</sup>. Si distinguono due forme: la più comune Amd secca o atrofica che rappresenta l'85% dei casi e nel 90% dei casi non evolve fino alla cecità e la più grave Amd essudativa caratterizzata da neovascolarizzazione retinica ed evoluzione verso la cecità che rappresenta circa il 15% dei casi di Amd.

## ► Sintomi

Una modesta distorsione delle linee rette (metamorfopsie) può essere il primo disturbo visivo nelle Amd, diagnosticabile con la griglia a quadretti di Amsler. La degenerazione maculare causa una riduzione progressiva dell'acuità visiva nella lettura e nel riconoscimento visivo ad alta definizione di volti e oggetti, la possibile comparsa di una macchia scura al centro del campo visivo (scotoma centrale), una riduzione della sensibilità alla visione dei colori e al contrasto, ridotto adattamento visivo notturno e agli ambienti poco illuminati, un aumento della sensibilità alla luce

intensa e la possibile comparsa di lampi luminosi (fotopsie). L'ipovisione conseguente all'Amd determina la non idoneità alla guida di autoveicoli, una riduzione dell'autonomia e della qualità di vita, un maggior rischio di cadute, isolamento sociale e depressione nelle fasi avanzate.

## ► Diagnosi

La valutazione oculistica consente la misurazione del visus, l'esame del fondo oculare per una diagnosi precoce della presenza di neoformazioni colloidali denominate drusen, di aree depigmentate di atrofia maculare retinica e di eventuale neovascolarizzazione retinica. L'oculista può completare la valutazione dell'Amd con la Tomografia a Coerenza Ottica (Oct) che visualizza ad alta risoluzione sezioni trasversali degli strati della retina, con lo studio del campo visivo e con la fluorangiografia retinica, che fotografa la circolazione retinica evidenziata dal mezzo di contrasto e può rilevare la eventuale presenza di neovascolarizzazione che dalla coroide, attraverso l'epitelio pigmentato retinico e la membrana di Bruch, invade la retina.

## ► Terapia

I trattamenti proposti hanno l'obiettivo realistico di prevenire o rallentare

la progressione ulteriore dell'atrofia maculare senza però migliorare l'acuità visiva già ridotta, dato che nessuna terapia può ripristinare l'integrità dell'epitelio pigmentato retinico (Rpe) maculare atrofico e dei fotorecettori di coni e bastoncelli retinici e della sottostante membrana coroide di Bruch dove si formano i drusen<sup>2</sup>. I fattori patogenetici bersaglio delle terapie dell'Amd includono lo stress ossidativo, la flogosi, l'attivazione dei fattori del complemento e i fattori di rischio cardiovascolare.

Nelle prime fasi della Amd, corrispondenti alla sola presenza asintomatica di drusen nella macula, la somministrazione di alcuni integratori alimentari con effetto antiossidante può ridurre la progressione dei drusen e dell'atrofia maculare secondo lo Studio AREDS -Age-Related Eye Disease Study. Questi integratori includono acidi grassi omega-3, zeaxantina, vitamina C, vitamina E, ossido di zinco e luteina.

L'Fda statunitense ha approvato nel 2023 due farmaci inibitori dei fattori del complemento per la terapia della Amd secca, estesa a carta geografica, il pegcetacoplan e il avacincaptad pegol somministrabili mediante iniezione intravitreale. Sono in sperimentazione anche danicopan e iptacopan, inibitori dei fattori

del complemento somministrabili per via orale, che consentirebbero di evitare l'invasività delle iniezioni intravitreali e il loro rischio di infiammazione, infezione e emorragia oculare. Invece, in presenza di Amd esudativa con evidenza di neo-vascularizzazione retinica sono proposte iniezioni intravitreali di farmaci anti-Vegf (Vascular Endothelial Growth Factor) come bevacizumab, brolucizumab e ranibizumab che inibiscono la neoformazione vascolare retinica. Numerosi altri farmaci ad azione antinfiammatoria sono in studio per la cura dell'Amd, alcuni già in commercio per altre indicazioni cliniche come montelukast, e tetraciclina, altri in corso di sperimentazione come fluocinolone acetato e lomalizumab.

### ► Ausili ottici

Le persone affette da degenerazione maculare presentano una visione centrale sfuocata, pur mantenendo una visione retinica periferica che garantisce un orientamento. Una consulenza ortottica può valutare l'utilità di una riabilitazione delle funzioni visive residue e della fornitura di ausili ottici ai sensi della legge 138/2001<sup>3-6</sup>: alcuni sistemi di ingrandimento con lenti particolari consentono di ingrandire l'immagine in modo che oltrepassi l'area di macula atrofica e si proietti in una zona retinica periferica integra in grado di distinguerla, garantendone la visione. Uno specialista in ipovisione può consigliare l'ausilio più adatto: occhiali con lenti telescopiche, lenti di ingrandimento e filtri che

schermano la luce blu-UV, occhiali da lettura potenziati, sistemi galleiani o kepleriani, ausili visivi a schermo e anche visori notturni da auto per una guida più sicura. Gli ausili sono forniti a carico del Ssn, ai sensi del decreto Lea Dpcm 12 gennaio 2017 art.18 e

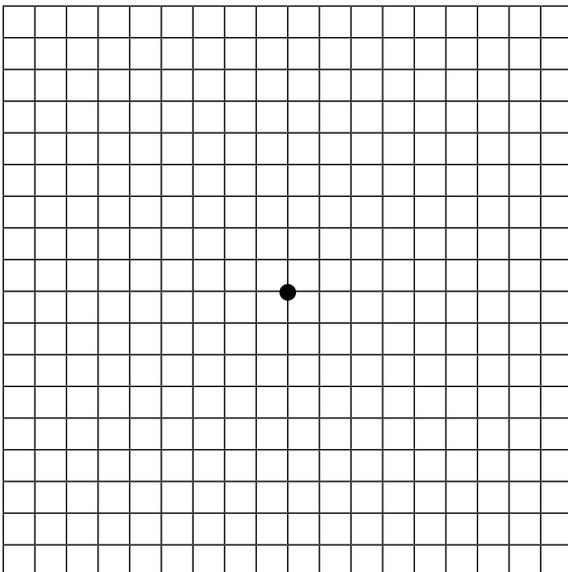
allegato 12, presso gli uffici protesici dei distretti sanitari a domanda su prescrizione medica specialistica per i disabili certificati. Inoltre, in caso di necessità di sostituzione chirurgica del cristallino opacato per cataratta, sono ora disponibili su prescrizione specialistica anche lenti sostitutive del cristallino che proiettano le immagini sull'area periferica retinica integra invece che sulla macula centrale atrofica. Per la lettura agevolata dello schermo del computer sono disponibili programmi gratuiti online: [www.letturaagevolata.it](http://www.letturaagevolata.it). Per gli ipovedenti l'Unione Ciechi e altre Onlus offrono diversi servizi tra cui l'accesso gratuito alla biblioteca del libro parlato: <https://libroparlatolions.it/audioteca/>.

### ► Prevenzione

Le raccomandazioni di prevenzione del danno retinico da fornire agli assistiti sono: 1) proteggere gli occhi dalla luce intensa solare e blu-Uv da schermi di Pc e Tv con l'uso di occhiali con filtri; 2) utilizzare la griglia di Amsler per autoscreening periodico della funzione retinica maculare ed effettuare periodiche visite oculistiche dopo i 50 anni; 3) seguire gli stili di vita salutari per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare che sono anche fattori di rischio per l'Amd.

#### Test con la Griglia di Amsler: la visione di linee distorte è indicativa di Amd

1. Usare gli occhiali da vista se prescritti e tenere la griglia a 30-40 cm dal viso in area illuminata.
2. Coprire un occhio.
3. Concentrarsi sul punto centrale per circa 10 secondi con l'occhio scoperto. Prendere nota di eventuali linee o aree sfocate, ondulate, scure o mancanti.
4. Ripetere l'operazione con l'altro occhio.



#### BIBLIOGRAFIA

1. Kaiser PK. Geographic Atrophy Management Consensus (GA-MAC): a Delphi panel study on identification, diagnosis and treatment. *BMJ Open Ophthalmology* 2023;8:e001395.
2. Wheeler S. Treatment for dry age-related macular degeneration: where we stand in 2024. *Curr Opin Ophthalmol.* 2024 Sep 1;35(5):359-364.
3. Widihashta SH. Vision rehabilitation using microperimetric biofeedback training in age-related macular degeneration. *Int J Ophthalmol.* 2023 Jun 18;16(6):933-938.
4. Bartolomei F. Use of electronic devices by people attending vision rehabilitation services in Italy: A study based on the device and aids registry (D.A.Re). *Eur J Ophthalmol.* 2024 May;34(3): 789-796.
5. Bartolomei F, Virgili G. Low-vision rehabilitation in Italy: Cross-sectional data from the Device and Aids Registry (D.A.Re). *Eur J Ophthalmol.* 2022 Jul;32(4):1942-1946.
6. Info ausili ottici <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585124/>

# Il Mmg e il declino cognitivo lieve

Il declino cognitivo che si presenta con l'avanzare dell'età rappresenta spesso una sfida diagnostica importante, sia per le difficoltà intrinseche al sistema sanitario, sia per lo stigma e il timore che patologie come la malattia di Alzheimer portano con sé. Il Mmg può svolgere un ruolo importante nell'orientare la diagnosi differenziale e aiutare i pazienti e i caregiver a gestire queste situazioni

**L'**epidemiologia è impietosa: a livello globale, il numero di persone di età pari o superiore ai 50 anni affette da malattia di Alzheimer si stima essere di circa 416 milioni, ovvero più di una persona su cinque<sup>1</sup>. Nel nostro Paese sono circa 600 mila le persone con malattia di Alzheimer, e il numero delle persone con demenza è stimato essere oltre 1 milione, con circa 3 milioni di persone direttamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari che ne soffrono<sup>2</sup>. Nonostante questi numeri e il peso umano ed economico legati a queste condizioni, la diagnosi è spesso tardiva: le persone affette da demenza risultano ricevere una diagnosi accurata e tempestiva in meno del 20% dei casi<sup>3</sup>. Oltre alla impreparazione dei sistemi sanitari, anche lo stigma della malattia è tra gli elementi che fa ritardare il primo

accesso al percorso diagnostico. Distinguere tra normali segni di decadimento cognitivo legati all'età e primi segni di malattia progressiva è il primo passo per orientare al meglio le cure successive. Abbiamo intervistato a questo proposito **Alessandro Tessitore**, Professore Ordinario di Neurologia presso l'Università della Campania, chiedendogli quali sono gli elementi che possono aiutare il Mmg a individuare precocemente le persone con decadimento cognitivo progressivo. "Nel normale processo di invecchiamento fisiologico è naturale andare incontro a cali delle performance cognitive e quindi anche a un deficit di memoria: una dimenticanza può rappresentare semplicemente il sintomo del passare degli anni. È tuttavia indispensabile riuscire ad intercettare precocemente quei processi di

declino cognitivo o di perdita di memoria che invece possono anticipare o rappresentare gli stadi precoci iniziali di un processo di decadimento cognitivo patologico, ed in questo il medico di medicina generale e sicuramente l'attore principale".

## ► I segnali di allarme

Per la malattia di Alzheimer, l'US Center for Disease Control and prevention (Cdc) ha stilato 10 punti che possono costituire potenziali campanelli d'allarme (*tabella 1*). Riconoscerli tempestivamente offre alle persone la possibilità di una migliore gestione dei sintomi, una maggiore qualità di vita e migliori risultati a lungo termine, facilitando anche l'accesso a consigli pratici e supporto, che consentano di prendere decisioni informate sulla pianificazione dell'assistenza e sugli adattamenti dello stile di vita necessari. Inoltre, dà anche alla persona il tempo di elaborare la diagnosi con la famiglia e gli amici.

## ► Distinguere le forme di declino cognitivo

Non esiste però solo la malattia di Alzheimer. La memoria è sicuramente una delle funzioni cognitive più complesse e presenta uno spettro di disturbi vasto. In prima battuta, il Mmg deve porre particolare attenzione al racconto, spesso da parte di un familiare o di un caregiver, di una perdita della memoria episodica da parte del caro assistito, quella tipica memo-

TABELLA 1

### 10 segnali di allarme per la malattia di Alzheimer

1	Perdita di memoria che sconvolge la vita quotidiana
2	Difficoltà nella pianificazione o nella risoluzione di problemi
3	Difficoltà a completare compiti familiari a casa, al lavoro o nel tempo libero
4	Confusione con il tempo o il luogo
5	Difficoltà a comprendere le immagini visive e le relazioni spaziali
6	Nuovi problemi con le parole nel parlato o nello scritto
7	Smarrire le cose e non essere in grado di tornare sui propri passi
8	Diminuzione o scarsa capacità di giudizio
9	Ritiro dal lavoro o dalle attività sociali
10	Cambiamenti di umore o personalità

Fonte: CDC - [https://www.cdc.gov/alzheimers-dementia/signs-symptoms/alzheimers.html?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/aging/healthybrain/ten-warning-signs.html](https://www.cdc.gov/alzheimers-dementia/signs-symptoms/alzheimers.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/aging/healthybrain/ten-warning-signs.html)

ria degli eventi recenti trascorsi nel corso degli ultimi giorni. Aggiunge il Prof. Tessitori: "Anche una dimenticanza rispetto agli eventi trascorsi recentemente, una certa ripetitività nel chiedere da parte del paziente alcune informazioni o argomenti, magari nozioni che erano state tema di recente discussione con il familiare, quasi un tentativo di rassicurazione possono invece sottendere a dei meccanismi di alterata memoria e di alterato consolidamento del ricordo".

Riuscire ad intercettare questi stati precoci da parte del medico di medicina generale consentirà di avviare il corretto iter diagnostico e terapeutico, conducendo quelle indagini di base che possono escludere a priori quelle forme di demenza o di decadimento cognitivo potenzialmente re-

versibili, ovvero quelle forme non sottese a processi di neurodegenerazione, ma che possono essere legate a cause internistiche, metaboliche, infettive o infiammatorie, che possono essere curate con ripercussioni positive anche sulla componente cognitiva. Una volta escluse queste condizioni, si potrà avviare il paziente verso un corretto screening cognitivo per poter validare il sospetto di un'iniziale perdita di memoria e/o di altre funzioni cognitive. "È importante quindi ricordare - chiarisce il prof. Tessitori - che non tutte le demenze sono malattie di Alzheimer, ma esistono anche altre forme di demenza degenerativa caratterizzate da un profilo cognitivo e declino di determinate funzioni diverse dalla classica perdita di memoria".

L.T.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alessandro Tessitore

#### BIBLIOGRAFIA

1. Stime globali sul numero di persone nel continuum della malattia di Alzheimer, 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.12694>
2. Gustavsson A, Norton N, Fast T, et al. Stime globali sul numero di persone nel continuum della malattia di Alzheimer. *Alzheimers Dement.* 2023;19(2):658-670. doi:10.1002/alz.12694.
3. Il percorso diagnostico dei pazienti con decadimento cognitivo lieve e demenza del morbo di Alzheimer e l'importanza dei test dei biomarcatori per una diagnosi tempestiva: un'indagine del mondo reale in Europa. 2023 Disponibile all'indirizzo [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(23\)04742-3/abstract](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(23)04742-3/abstract)

# Trattamento dell'infezione da *Helicobacter pylori*: dall'Acg le nuove linee guida cliniche

La società scientifica americana ha licenziato questo nuovo documento per informare la gestione basata sull'evidenza dei pazienti con infezione da *H. pylori*. Sono stati inclusi studi randomizzati e controllati (Rct), revisioni sistematiche, meta-analisi e meta-analisi di rete

**Q**uella da *helicobacter pylori* è una infezione diffusa in tutto il mondo che provoca dispepsia, ulcera peptica e cancro gastrico. Con l'obiettivo di informare la gestione basata sull'evidenza dei pazienti con infezione da *H. pylori* il documento è stato redatto includendo studi randomizzati e controllati (Rct), revisioni sistematiche, meta-analisi e meta-analisi di rete. I regimi di trattamento avevano una durata compresa tra 5 e 14 giorni e le popolazioni di interesse includevano sia soggetti naïve al trattamento che pazienti adulti (18 anni) con esperienza di trattamento per infezione da *H. pylori*. I risultati considerati erano il tasso di eradicazione in analisi intention-to-treat (Itt), per protocollo (Pp), compliance con il trattamento e tassi di eventi avversi.

## ► Indicazioni a test e terapia in condizioni benigne

La dispepsia, definita in generale come dolore o disagio nella parte superiore dell'addome, è sintomo comune nelle cure primarie e nei contesti di riferimento. L'approccio "test-and-treat" per la dispepsia non indagata è ragionevole in pazienti di età inferiore a 60 anni, senza caratteristiche di allarme (vomito, sanguinamento gastrointestinale, carenza di ferro inspiegabile o perdita di peso) e senza altre indicazioni per l'endoscopia. Nei

pazienti in cui questi campanelli d'allarme siano presenti o si registrino o fattori di rischio per l'ulcera peptica (terapia con Asa o Fans) o cancro gastrico (ad es. storia familiare, immigrazione da una regione ad alta incidenza) viene raccomandata una tempestiva indagine endoscopica. Nei pazienti con dispepsia funzionale, l'eradicazione dell'infezione da *H. pylori* fornisce solo un beneficio modesto. A dispetto della modesta entità dei benefici clinici del trattamento, è opportuno sottolineare che l'eradicazione è uno dei pochi trattamenti potenzialmente curativi per i pazienti con dispepsia funzionale, e riduce il rischio di altre complicanze a valle dell'infezione cronica da *H. pylori*.

## ► Rischio oncologico

La gastrite cronica correlata a *H. pylori* è il fattore di rischio dominante per adenocarcinoma gastrico non cardiaco, con un rischio attribuibile del 75%-89%. In una serie di meta-analisi, studi osservazionali e clinici è stata adottata una strategia per testare e trattare l'*H. pylori* associato a un'importante riduzione dell'incidenza e della mortalità per adenocarcinoma gastrico. Complessivamente, circa il 10% dei pazienti affetto da adenocarcinoma gastrico ha una storia familiare positiva. In questi soggetti si registra un rischio oncologico

più elevato, con l'entità del rischio che varia da circa da 2 a 10 volte. Diversi fattori contribuiscono all'aggregazione familiare dell'adenoCa dello stomaco, inclusa la predisposizione genetica, l'infezione da *H. pylori* e fattori ambientali condivisi (ad esempio, la dieta). Pertanto i test e il trattamento mirati all'eradicazione dell'infezione sono appropriati per la prevenzione primaria e secondaria nelle popolazioni ad alto rischio.

## ► Eradicazione dell'infezione in pazienti naïve

- 1.** In trattamento Bqt è raccomandato come opzione terapeutica di prima linea (raccomandazione strong; evidenza di qualità moderata).
- 2.** Nei pazienti con infezione da *H. pylori* naïve al trattamento, la triplice terapia con rifabulina è suggerita come opzione terapeutica di prima linea (raccomandazione condizionale; prove di bassa qualità).
- 3.** Nei pazienti naïve al trattamento con infezione da *H. pylori*, la doppia terapia con un Pcab (inibitore dell'acidità competitivo del potassio) e amoxicillina è suggerito come trattamento di prima linea (raccomandazione condizionale; evidenza di qualità moderata).
- 4.** Regimi terapeutici contenenti claritromicina e levofloxacina dovrebbero essere evitati in assenza di una dimostrata sensibilità a macrolidi e chinoloni.

**5.** In pazienti naïve al trattamento con infezione da *H. pylori* e sensibilità non nota alla claritromicina, viene suggerita triplice terapia Pcab-claritromicina rispetto a triplice terapia con lpp-claritromicina (raccomandazione condizionale; evidenza di qualità moderata).

**6.** In pazienti naïve al trattamento con infezione da *H. pylori*, una concomitante terapia (lpp, claritromicina, amoxicillina, metronidazolo) non è suggerita rispetto al Bqt (raccomandazione condizionale; prove di bassa qualità).

La *tabella 1* riporta in sintesi le raccomandazioni per la gestione terapeutica dei pazienti con infezione da *H. pylori*.

In sintesi, nei i pazienti naïve al trattamento con infezione da *H. pylori*, Bqt per 14 giorni è l'opzione preferita quando il profilo di sensibilità agli antibiotici non è noto. La triplice terapia con rifabutina o la doppia terapia con Pcab per 14 giorni sono alternative adatte come terapia empirica nei pazienti senza allergia alla penicillina. In pazienti con sensibilità agli antibiotici sconosciuta e nessuna storia di esposizione ai macrolidi o allergia alla penicillina, la triplice terapia Pcab-claritromicina per 14 giorni è la scelta da preferirsi alla triplice terapia con lpp-claritromicina in assenza di altre indicazioni di prima linea.

### ► Test post-trattamento

Tutti i pazienti in trattamento per l'infezione da *H. pylori* dovrebbero sottoporsi a un controllo post trattamento con Urea Breath Test, test dell'antigene fecale o test basato sulla biopsia almeno 4 settimane dopo completamento della terapia.

• Chey WD, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol* 2024; 119: p 1730-1753. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002968

TABELLA 1

## Sintesi delle raccomandazioni

Pazienti naïve al trattamento	
<b>1</b>	Nei pazienti naïve al trattamento con infezione da <i>H. pylori</i> , il Bqt ottimizzato è raccomandato come opzione di trattamento di prima linea (raccomandazione forte; evidenza di qualità moderata)
<b>2</b>	Nei pazienti naïve al trattamento con infezione da <i>H. pylori</i> , la triplice terapia con rifabutina è suggerita come opzione di trattamento di prima linea (raccomandazione condizionale; evidenza di bassa qualità)
<b>3</b>	Nei pazienti naïve al trattamento con infezione da <i>H. pylori</i> , la duplice terapia con un Pcab e amoxicillina è suggerita come opzione di trattamento di prima linea (raccomandazione condizionale; evidenza di qualità moderata)
<b>4</b>	Nei pazienti naïve al trattamento con infezione da <i>H. pylori</i> e sensibilità sconosciuta alla claritromicina, la tripla terapia PCAB-claritromicina è suggerita rispetto alla tripla terapia lpp-claritromicina (raccomandazione condizionale; evidenza di qualità moderata)
<b>5</b>	Nei pazienti naïve al trattamento con infezione da <i>H. pylori</i> , la terapia concomitante non è suggerita rispetto alla terapia quadrupla con bismuto (raccomandazione condizionale; evidenza di bassa qualità)
Pazienti con infezione persistente	
<b>6</b>	Nei pazienti con pregresso trattamento e infezione persistente da <i>H. pylori</i> che non hanno precedentemente ricevuto quadruplici terapia con bismuto, è suggerito questo trattamento con bismuto ottimizzato (raccomandazione condizionale; qualità delle prove molto bassa)
<b>7</b>	Nei pazienti con esperienza di trattamento con infezione persistente da <i>H. pylori</i> che hanno precedentemente ricevuto la tripla terapia con lpp-claritromicina, è suggerita la quadruplici terapia con bismuto ottimizzata (raccomandazione condizionale; bassa qualità delle prove)
<b>8</b>	Nei pazienti con esperienza di trattamento con infezione persistente da <i>H. pylori</i> che hanno ricevuto la quadruplici terapia con bismuto, è suggerita la triplice terapia con rifabutina (raccomandazione condizionale; bassa qualità delle prove)
<b>9</b>	Nei pazienti con esperienza di trattamento con infezione persistente da <i>H. pylori</i> che non hanno precedentemente ricevuto una quadruplici terapia con bismuto ottimizzato, questa strategia è preferibile rispetto alla terapia a base di chinoloni (raccomandazione condizionale; bassa qualità delle prove)
<b>10</b>	Nei pazienti con esperienza di trattamento con infezione persistente da <i>H. pylori</i> , la triplice terapia con levofloxacina è suggerita in presenza di ceppi di <i>H. pylori</i> sensibili all'antibiotico e quando la quadruplici terapia ottimizzata con bismuto o la triplice con rifabutina sono state precedentemente utilizzate o non sono disponibili (raccomandazione condizionale, bassa qualità delle prove)
<b>11</b>	Nei pazienti con esperienza di trattamento con infezione persistente da <i>H. pylori</i> , non vi sono prove sufficienti per raccomandare la doppia terapia con lpp o Pcab ad alte dosi (nessuna raccomandazione; mancanza di prove)
<b>12</b>	Non ci sono prove sufficienti per suggerire che l'uso della terapia probiotica migliori l'efficacia o la tollerabilità della terapia di eradicazione dell' <i>H. pylori</i> (raccomandazione condizionale; bassa qualità delle prove)

### Legenda

Bqt: quadruplici terapia con bismuto; Pcab: Potassium competitive acid blockers; lpp, inibitore di pompa protonica.

# La tecnologia nel diabete aiuta a controllare la malattia

Se abbinata all'educazione, al follow-up e al supporto da parte del personale sanitario e familiare, può migliorare la vita e la salute delle persone con diabete; tuttavia, la sua complessità e la rapida evoluzione del panorama tecnologico possono rappresentare un ostacolo all'incremento del loro impiego

**Olga Disotero** - *Coordinatore Commissione Nazionale Diabete AME*

*Dirigente Medico SC Endocrinologia, Diabetologia, Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Sant'Anna San Fermo della Battaglia - Como*

**C**on tecnologia per il diabete si intende l'hardware, i dispositivi, e il software che le persone con diabete possono utilizzare per autogestire, dalle modifiche dello stile di vita al monitoraggio del glucosio e agli aggiustamenti della terapia, la patologia diabetica.

Storicamente, la tecnologia per il diabete è stata suddivisa in due categorie principali:

- **somministrazione insulinica** tramite siringa, penna o microinfusore (detta anche infusione continua di insulina sottocutanea)

- **misurazione del glucosio** valutato tramite il monitoraggio intermittente della glicemia (BGM) o il monitoraggio in continuo del glucosio (CGM).

La tecnologia del diabete si è progressivamente ampliata fino a includere sistemi di somministrazione automatica di insulina (AID), in cui algoritmi basati sul CGM modulano la somministrazione di insulina uniti o meno a software di supporto all'autogestione del diabete.

La tecnologia per il diabete, se abbinata all'educazione, al follow-up e al supporto da parte del personale sanitario e familiare, può migliorare la vita e la salute delle persone con diabete; tuttavia, la complessi-

tà e la rapida evoluzione del panorama tecnologico in ambito diabetologico possono rappresentare un ostacolo all'incremento del loro impiego sia per le persone con diabete che per il team sanitario.

## Le criticità dell'evoluzione tecnologica

Alla rapida evoluzione della tecnologia si aggiunge, a complicare le cose, la mancanza di un approccio univoco all'uso della tecnologia nelle persone con diabete. La disponibilità numerica sufficiente per coprire il fabbisogno delle varie nazioni e i costi elevati da sostenere per i sistemi sanitari possono determinare ritardo nella reale disponibilità rispetto alla disponibilità teorica dei dispositivi, l'interesse dei pazienti per i dispositivi e la disponibilità all'adozione possono variare e i team sanitari possono avere difficoltà a tenere il passo con le nuove tecnologie.

## I dispositivi disponibili sul mercato

Una risorsa interessante per conoscere i nuovi sviluppi nell'ambito tecnologico ci viene offerta dall'A-

merican Diabetes Association, accessibile all'indirizzo [consumerguide.diabetes.org](http://consumerguide.diabetes.org): tale sito ovviamente riporta i dispositivi disponibili sul mercato americano o in uscita a breve su tale mercato ma costituisce comunque una fonte interessante e attendibile. Tale sito può aiutare gli operatori sanitari e le persone con diabete a conoscere gli sviluppi in tale ambito e a prendere decisioni sulla scelta iniziale dei dispositivi. L'uscita in Italia dei dispositivi mostrati potrebbe essere effettuata da aziende diverse da quelle indicate su tale sito e non è ovviamente sicuro l'arrivo di tutti i dispositivi sul mercato italiano, dove la presenza di un sistema sanitario da un lato consente l'accessibilità a tutte le persone indipendentemente dalle disponibilità economiche, dall'altro può limitare l'accesso di alcuni sistemi a garanzia del sistema sanitario stesso.

Altre fonti, tra cui in prima battuta gli operatori sanitari e i produttori stessi di dispositivi e i loro siti, possono aiutare le persone a risolvere dubbi sulla disponibilità e l'accesso a nuovi dispositivi; sono inoltre disponibili in Italia molti gruppi di pazienti riuniti su **Facebook** e non so-



attuali del glucosio rilevati dal sensore, sono preferiti ai microinfusori non automatizzati e alla terapia insulinica multi iniettiva (MDI) nelle persone con diabete di tipo 1.

Non esiste un consenso che guidi la scelta della forma di somministrazione dell'insulina migliore per un determinato individuo e sono necessari ulteriori studi per guidare in maniera scientifica questo processo decisionale. Pertanto, la scelta dell'MDI o del microinfusore di insulina si basa spesso sulle caratteristiche della persona con diabete e su quale metodo sia più vantaggioso per lei a giudizio del paziente stesso e del diabetologo che decide anche in base all'esperienza personale nell'uso di tali device.

L'adozione della terapia con microinfusore in Italia mostra variazioni geografiche, che possono essere correlate alle preferenze degli operatori sanitari o alle caratteristiche dei centri e dell'organizzazione del sistema Sanitario regionale.

La terapia con microinfusore può essere iniziata con successo già al momento della diagnosi. Gli aspetti pratici dell'avvio della terapia con microinfusore includono la valutazione della disponibilità della persona con diabete e della sua famiglia per i bambini o per le persone con altre patologie che ne riducano l'autonomia. I vari tipi di microinfusori, le impostazioni iniziali del microinfusore, le potenziali complicanze del microinfusore (ad esempio, rischio di chetoacidosi in corso di guasti), la transizione dall'MDI e l'introduzione di impostazioni avanzate del microinfusore (ad esempio, velocità basale temporanea, bolo a onda estesa/quadrata/doppia) e il conteggio dei carboidrati (conoscere quantità di carboidrati che verranno assunti ad ogni pasto al fine di regolare la dose di insulina) sono informa-

zioni e conoscenze che devono essere apprese dal paziente e dai familiari per un utilizzo corretto e sicuro del microinfusore e questo compito è preciso dovere del personale medico e infermieristico.

Anche i soggetti anziani con diabete di tipo 1 possono trarre beneficio dalla terapia con microinfusore di insulina. Il dato sorprendente è che la frequenza del follow-up non influenza i risultati. L'accesso alla terapia con microinfusore di insulina, compresi i sistemi AID, dovrebbe quindi essere consentito o continuato negli adulti più anziani come nei più giovani.

Le **complicazioni del microinfusore** possono essere causate da problemi con i set di infusione (scollamento, occlusione), che mettono i soggetti a rischio di chetosi e chetoacidosi e quindi devono essere riconosciuti e gestiti precocemente. Altri problemi cutanei del microinfusore sono la lipoipertrofia o, meno frequentemente, la lipoatrofia e l'infezione del sito di infusione e devono essere noti affinché il paziente possa prendere adeguati provvedimenti.

L'**interruzione della terapia** con microinfusore è oggi relativamente poco frequente; la frequenza è diminuita negli ultimi decenni e le cause sono cambiate. Le ragioni attuali dell'abbandono sono soprattutto problemi di indossabilità, avversione per il microinfusore, risultati glicemici non ottimali o disturbi dell'umore (ad esempio, ansia o depressione).

La **sicurezza** dei microinfusori di insulina anche nei giovanissimi è dimostrata, come pure la riduzione dell'insorgenza e progressione di complicanze come neuropatia e retinopatia e della temibile chetoacidosi in questi pazienti, con l'uso di sistemi microinfusionali. Nei più giovani la barriera all'uso dei mi-

croinfusori è determinata dalla visibilità del sistema e dai disturbi che possono derivare dall'averne un device o due devices (pompa e sensore) attaccati al corpo nel corso della vita quotidiana.

## Rapido sviluppo della tecnologia

Il ritmo di sviluppo della tecnologia nell'ambito diabetologico è estremamente rapido. Ogni anno sono disponibili nuovi approcci e strumenti. È difficile per la ricerca tenere il passo con questi progressi, perché le versioni più recenti dei dispositivi e delle soluzioni digitali sono già sul mercato quando viene completato uno studio. Il componente più importante in tutti questi sistemi è la persona con diabete. La scelta della tecnologia deve essere adeguata all'individuo. Il semplice fatto di avere un dispositivo o un'applicazione non cambia i risultati se l'essere umano non si impegna con esso per creare benefici per la salute. Ciò sottolinea la necessità che il team sanitario assista le persone con diabete nella scelta dei dispositivi e dei programmi e ne sostenga l'uso attraverso un'educazione e una formazione continua. Le aspettative devono essere mitigate dalla realtà: non disponiamo ancora di una tecnologia che elimini completamente le attività di autocura necessarie per la gestione del diabete, ma gli strumenti sommariamente descritti in questo articolo possono renderne più semplice la gestione.

### BIBLIOGRAFIA

- Standards of care in Diabetes 2024 - American Diabetes Association. Diabetes Care 2024; 47 (Suppl. 1).
- Linee Guida Diabete Mellito tipo 1 istituto Superiore di Sanità AMD SID 2024. <https://www.iss.it/-/snlg-diabete-mellito-tipo1>



# NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



Il portale rivolto ai professionisti della salute.  
Notizie aggiornate e qualificate su nutrizione e integrazione alimentare



## MENOPAUSA: RIBES NERO A PROTEZIONE DELLE OSSA



## FERRO IN GRAVIDANZA: SOTTOVALUTATO IL RISCHIO DI CARENZA



## CIBI ULTRAPROCESSATI: A RISCHIO LA SALUTE GASTROINTESTINALE



## VITAMINA D, NUOVE LINEE GUIDA PER L'USO "EMPIRICO"

## Menopausa: ribes nero a protezione delle ossa

■ Frenare la perdita di massa ossea nelle donne in peri-menopausa con un'integrazione a base di estratto di **ribes nero**. Questo il suggerimento di uno studio clinico pilota a tre bracci, randomizzato e in doppio cieco, condotto da ricercatori dello *UConn's College of agriculture, health and natural resources* di Storrs, nel Connecticut e pubblicato sul *Journal of nutritional biochemistry*.

Quaranta partecipanti in peri- e post-menopausa precoce, di età compresa tra 45 e 60 anni, sono state assegnate in modo casuale all'assunzione giornaliera di una (braccio 1, 392 mg) o due (braccio 2, 784 mg) capsule di estratto di ribes nero o un placebo (braccio 3) per sei mesi.

Gli effetti su **densità minerale ossea, microbiota intestinale e biomarcatori infiammatori e immunitari** del sangue sono stati valutati utilizzando DXA e campioni di feci e sangue a digiuno. I risultati hanno mostrato un effettivo rallentamento della perdita di densità minerale ossea su tutto il corpo. Nel gruppo che aveva assunto due capsu-

le si sono registrati addirittura aumenti complessivi della densità minerale ossea alla fine dei sei mesi.

Gli effetti protettivi potrebbero essere dovuti alla soppressione delle citochine osteoclastiche. Le analisi, infatti, hanno evidenziato come l'integrazione abbia determinato



una diminuzione dei livelli di **interleuchina-1 beta e RANKL**, entrambe chiamate in causa nei processi favorevoli il riassorbimento osseo. Un mediatore di questa azione benefica, potrebbe essere il microbiota intestinale, giacché si è evidenziata una prevalenza dose-correlata del ceppo *Ruminococcus 2*.

Così commentano gli Autori: “I ribes neri hanno attirato la nostra attenzione in quanto contengono la maggiore quantità di **antocianine** tra le bacche comunemente consumate quali mirtillo, mora, lampone e mirtillo rosso. È stato di-

mostrato che le antocianine esercitano effetti benefici sulla salute attraverso le loro proprietà antiossidanti e antinfiammatorie e influenzano la composizione microbica intestinale. A questo punto riteniamo necessari **studi clinici su larga scala** sui potenziali benefici di questa supplementazione e sulla correlazione tra *Ruminococcus 2* e conservazione della massa ossea nelle donne in postmenopausa”.

Nicola Miglino

Fonte: *The Journal of Nutritional Biochemistry*; Vol.133, November 2024, 109701

## Ferro in gravidanza: sottovalutato il rischio di carenza

■ La **gravidanza** mette a serio repentaglio le risorse di **ferro**, con rischi per la donna e il nascituro. Per cercare di comprendere il fenomeno, in termini di valori e biomarcatori da monitorare, un gruppo di ricercatori, tra Irlanda e Stati Uniti, ha condotto uno studio prospettico di coorte su un campione di **donne irlandesi**, valutando i cambiamenti nei biomarcatori del ferro durante la gravidanza, stabilendo la prevalenza della carenza di ferro e proponendo parametri di riferimento per lo stato del ferro all’inizio della gravidanza in grado di predire la carenza nel terzo trimestre di gestazione. Gli autori, hanno anche cercato di determinare in che modo i fattori di rischio come **l’obesità e il fumo** influenzino lo stato del ferro durante la gravidanza. I risultati dello studio, uno dei più ampi mai condotti per documentare i cambiamenti nello stato del ferro durante la gravidanza, sono stati pubblicati sull’*American journal of clinical nutrition*.

Sono stati raccolti i dati di **641 donne primipare**, prelevando campioni ematici alla 15a, 20a e 33a settimana di gravidanza. Le donne con anemia (emoglobina <110 g/L) alla loro prima visita prenatale sono state escluse da questa analisi.

Quello che è emerso è che la carenza di ferro era molto comune durante la gravidanza, nonostante il profilo della coorte fosse generalmente sano. È interessante notare che nessuna delle partecipanti allo studio era anemica nel primo trimestre, ma più dell’80%



delle donne presentava carenza di ferro entro il terzo trimestre, quando si utilizzava la soglia di ferritina <30 µg/L.

Secondo gli autori, questi risultati devono indurre riflessioni sull’opportunità di uno screening per la carenza di ferro con emoglobina e ferritina in popolazioni definite a basso rischio. Inoltre, sulla base dei loro risultati, suggeriscono una soglia per la ferritina pari o inferiore a **60 µg/L alla 15a settimana** di gravidanza, sotto la quale si può prevedere una carenza di ferro alla 33a settimana di gravidanza, definita come **<15 µg/L**.

**L’obesità e il fumo materni** sono emersi come un fattore di rischio per uno stato di ferro più basso durante la gravidanza e l’infanzia. L’uso di **integratori** contenenti ferro è risultato protettivo.

“Finalmente, uno studio prospettico di qualità per supportare il monitoraggio del rischio anemico in gravidanza”, suggeriscono **Michael Auerbach** e **Helain Landy** in un editoriale di commento.

“Alla luce di questi risultati, invitiamo l’American College of *Obstetricians and Gynecologists* e la *United States Preventive Services Taskforce* a cambiare approccio e sottoporre a screening tutte le donne incinte per la carenza di ferro, indipendentemente dalla presenza di anemia, raccomandando la supplementazione in caso di carenza”.

Nicola Miglino

Fonte: *The American Journal of Clinical Nutrition*; <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2024.08.010>

## Cibi ultraprocesati: a rischio la salute gastrointestinale

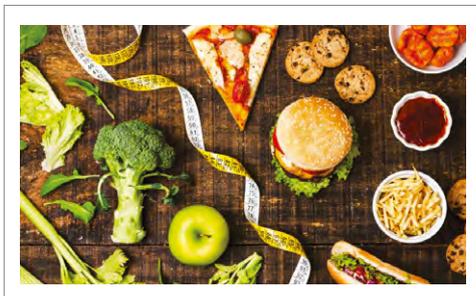
■ Gli alimenti ultra-processati (Upf) sono sempre più consumati in tutto il mondo, anche in regioni con forti tradizioni alimentari come quelle del Mediterraneo. I dati mostrano una correlazione sempre più evidente con l'insorgenza di malattie croniche, tra cui il cancro. Un recente studio, condotto su un campione di popolazione dell'Italia meridionale e pubblicato su *Nutrients*, ne offre un'ulteriore conferma. A parlarcene, **Angelo Campanella**, Istituto nazionale di Gastroenterologia, Irccs "Saverio de Bellis", Castellana Grotte (Ba), prima firma del lavoro.

### ► Dr. Campanella, da quali premesse nasce l'idea del vostro lavoro?

C'è un aumento preoccupante del consumo di cibi ultraprocesati, nello specifico prodotti alimentari e bevande che hanno subito diversi gradi di trasformazione o aggiunta di additivi. Sono alimenti progettati per essere convenienti, facili da consumare, iperpalatabili e, quindi, attraenti per i consumatori. Anche in **Puglia**, in una regione con una tradizione storica per la dieta mediterranea, abbiamo osservato un trend di consumo in costante aumento soprattutto tra i più giovani. L'idea del lavoro nasce dalla necessità di approfondire l'impatto del consumo di cibo ultra-processato sulla salute e ottenere una comprensione più ampia dell'argomento per dire la nostra su un tema così dibattuto a livello scientifico.

### ► Che tipo di studio avete condotto?

Abbiamo condotto uno studio di popolazione combinando i dati raccolti dalle coorti Micol e Nutrihep. Dei 4870 partecipanti provenienti da **Castellana Grotte e Putignano**, nella provincia di Bari, conoscevamo le abitudini alimentari e le cause di morte dal 2006 al 2022. Per valutare il consumo di Upf, abbiamo utilizzato la classificazione **Nova**, un sistema che ordina gli alimenti in base all'intensità della trasformazione a cui essi sono stati sottoposti. Si articola in 4 livelli, dai cibi naturali e non trasformati agli alimenti ultraprocesati. Quindi, in base al consumo giornaliero, abbiamo raggruppato in quartili.



### ► Quali evidenze sono emerse dall'analisi dei dati?

Abbiamo osservato un'associazione significativa tra il consumo di cibo ultraprocesato e un aumento della mortalità per tutte le cause, in particolare per **tumori gastrointestinali**. Questo risultato non era precedentemente noto con tale chiarezza. Abbiamo osservato che, consumando più

di 240g di cibi ultraprocesati al giorno, il rischio di morire per cancro gastrointestinale aumenta di tre volte e mezzo.

### ► Quali i limiti dello studio?

Con uno studio osservazionale come il nostro non è possibile affermare con certezza che il consumo di ultraprocesati causi direttamente un aumento della mortalità. La correlazione osservata suggerisce un'associazione forte, ma ulteriori studi di intervento sono necessari per confermare un **rapporto di causalità diretta**. Un'altra limitazione riguarda un problema di comparabilità con altri studi: purtroppo non esistono ancora livelli di riferimento dei consumi di Upf, quindi la nostra scelta di dividere in quartili potrebbe risultare azzardata. Tuttavia, riteniamo che i livelli di soglia individuati nel nostro studio possano entrare pienamente in una discussione per identificare dei valori di riferimento nazionali e internazionali.

### ► Quali conclusioni se ne possono trarre?

Il nostro studio fornisce ulteriori prove sul legame tra alimenti ultra processati e rischio di cancro, in particolare tumori gastrointestinali, sottolineando la necessità di interventi mirati per migliorare la dieta e lo stile di vita. Sono necessarie ulteriori ricerche per confermare e studiare queste associazioni, nonché per identificare strategie preventive efficaci per promuovere la conservazione dei tradizionali modelli dietetici mediterranei. Nel frattempo, suggeriamo di favorire il consumo di alimenti freschi, non trasformati o minimamente trasformati che dovrebbero costituire la pietra miliare della nutrizione umana.

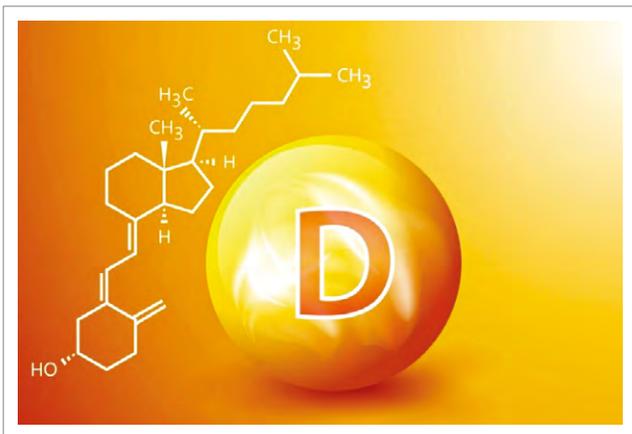
Nicola Miglino

Fonte: *J Clin Endocrinol Metab*; 2024 Jul 12;109(8):1907-1947

## Vitamina D, nuove linee guida per l'uso "empirico"

■ Uso empirico di vitamina D. Ovvero: quando e come integrare per raggiungere dosi superiori a quelle raccomandate o in assenza di **test** per la 25-idrossivitamina D (**25(OH)D**)? A questa domanda ha dato risposta l'Endocrine society con le nuove linee-guida pubblicate di recente sul *Journal of clinical endocrinology & metabolism*.

Come sottolineato dagli Autori, sono ormai numerosi gli studi che dimostrano un'associazione tra concentrazioni sieriche di (25(OH)D) e una **varietà di disturbi comuni**, tra cui malattie muscoloscheletriche, metaboliche, cardiovascolari, tumorali, autoimmuni e infettive. Sebbene non sia stato chiaramente stabilito un **nesso causale**, tali correlazioni stanno portando a un ampio ricorso alla supplementazione con vitamina D e a un aumento dei test di laboratorio per il suo dosaggio sierico nella popolazione generale. I **benefici** di questo comportamento non sono, però, così chiari. Da qui, la necessità di porre alcuni punti fermi, sulla base delle evidenze emerse in letteratura.



**Il panel sconsiglia** l'integrazione empirica di vitamina D oltre i valori raccomandati per ridurre il rischio di malattia negli adulti sani di età inferiore ai 75 anni, in assenza di indicazioni stabilite. Non è stata, inoltre, trovata alcuna prova a supporto dello screening di routine per 25(OH)D nella popolazione generale, né tra persone con obesità o carnagione scura.

Un'integrazione oltre al fabbisogno raccomandato, potrebbe invece avere senso in **alcune specifiche categorie di popolazione**, per le quali la letteratura dimostra in modo più chiaro una certa utilità:

- soggetti di età compresa tra 1 e 18 anni, per prevenire il rachitismo nutrizionale e ridurre il rischio di infezioni del tratto respiratorio;
- anziani over 75, per ridurre il rischio di mortalità;
- donne in gravidanza, per ridurre il rischio di preeclampsia, mortalità intrauterina, parto pretermine, nascita di neonati piccoli per l'età gestazionale e mortalità neonatale);
- negli adulti con prediabete ad alto rischio (per ridurre la progressione verso il diabete).

Così commenta **Marie B. Demay**, docente di Medicina alla Harvard Medical School, e presidente del Panel che ha elaborato il documento: "Mancano prove da studi clinici randomizzati per rispondere a molte domande importanti in quest'ambito. C'è, infatti, una scarsità di dati sulla definizione dei livelli ottimali e sull'assunzione ottimale di vitamina D per prevenire malattie specifiche. Ciò di cui abbiamo realmente bisogno sono **studi clinici su larga scala e biomarcatori** in modo da poter prevedere l'esito della malattia prima che si verifichi".

*Nicola Miglino*

Fonte: Nutrients 2024, 16(13),1994; <https://doi.org/10.3390/nu16131994>

**Nutrientesupplementi.it** è un progetto editoriale di iFarma Editore Srl, nato con l'obiettivo di favorire, presso gli operatori sanitari, una corretta e documentata informazione scientifica su ciò che riguarda l'ambito della nutrizione e dell'integrazione.

**Direttore editoriale:** Dario Passoni • **Direttore responsabile:** Nicola Miglino

Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: [www.nutrientesupplementi.it](http://www.nutrientesupplementi.it) • [info@nutrientesupplementi.it](mailto:info@nutrientesupplementi.it)