MD
MEDICINAE DOCTOR
Anno XXXIII, numero 7 - 2026
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

Algoritmi e cura La medicina che ascolta

Sandro Spinsanti, bioeticista, analizza le nuove sfide della professione. Nonostante AI e tecnologia, la centralità del Mmg e il valore dell'empatia restano insostituibili



RIFLETTORI

Fimmg, cambia la guida La sfida adesso è rendere attrattiva la Mg 10

FOCUS ON

Il Ssn regge, ma il diritto alla salute è sempre meno esigibile 12

MONITOR

Percezione del danno da consumo di alcol nella popolazione giovanile 16

RICERCA

Oltre la glicemia: il controllo dell'C-Ldl nel diabetico a rischio cardiovascolare molto alto

CLINICA

Farmaci di uso comune e funzione renale Gestione sicura e presa in carico in Mg

Passoni EDITORE

MD
MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXIII numero 7 ottobre 2026

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

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Advertising
Giancarlo Confalonieri
Sara Simone
mkt@passonieditore.it

Passoni
EDITORE

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 Delegato
Ludovico Baldessin

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72 n° 633 e del DPR 28/12/72 il pagamento dell'IVA è compreso nel prezzo di vendita

Stampa: Sincronia - Legnano

IN QUESTO NUMERO

ATTUALITÀ

PRIMA PAGINA
La sfida delle Aft per il territorio che cambia 5

INTERVISTA
Nell'era degli algoritmi
Il futuro della Medicina passa dalla relazione 6

RIFLETTORI
Fimmg, cambia la guida
La sfida adesso è rendere attrattiva la Medicina generale 10

FOCUS ON
Il Ssn regge, ma il diritto alla salute è sempre meno esigibile 12

CLINICA E TERAPIA

MONITOR
Percezione del danno da consumo di alcol nella popolazione giovanile 16

RICERCA
Oltre la glicemia: il controllo dell'C-Ldl nel diabetico a rischio cardiovascolare molto alto 20

CLINICA
Farmaci di uso comune e funzione renale
Gestione sicura e presa in carico in Mg 24

CONGRESSI
Diabete 2 - Oltre il controllo glicemico 27

FARMACI
GLP-1 e innovazione terapeutica: opportunità e prospettive 28



La sfida delle Aft per il territorio che cambia

di **Anna Sgritto**

Per anni il dibattito sulla riforma dell'assistenza territoriale si è concentrato soprattutto sulle strutture: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali. Eppure, la vera sfida organizzativa della Medicina generale potrebbe giocarsi altrove. Nelle Aggregazioni funzionali territoriali.

Le Aft rappresentano infatti l'infrastruttura professionale sulla quale dovrebbe poggiare il nuovo modello di assistenza delineato dal Dm 77 e dall'Accordo collettivo nazionale. Non un ulteriore adempimento burocratico, ma lo strumento attraverso cui rendere possibile ciò che tutti chiedono alla medicina del territorio: continuità delle cure, presa in carico della cronicità, integrazione multiprofessionale e maggiore accessibilità per i cittadini.

Il principio è chiaro. Superare l'isolamento del singolo medico e valorizzare il lavoro in rete, mantenendo il rapporto fiduciario con il paziente che resta il cuore della Medicina generale. Ma tra la cornice normativa e la realtà esiste ancora una distanza significativa.

L'Italia continua a viaggiare a velocità diverse. In alcune Regioni le Aft sono già parte integrante dell'organizzazione territoriale e dialogano con le strutture del territorio. In altre, faticano ancora a tradursi in modelli realmente operativi. Pesano la carenza di medici, i pensionamenti, le difficoltà di reclutamento, l'insufficiente interoperabilità dei sistemi informatici e, non ultimo, la mancanza di personale di supporto.

Sono nodi che non possono essere ignorati. Perché senza strumenti adeguati il rischio è che alle nuove responsabilità organizzative non corrispondano le condizioni necessarie per esercitarle efficacemente.

La sfida dei prossimi anni sarà proprio questa: fare delle Aft non un contenitore formale, ma un luogo professionale capace di sostenere il lavoro quotidiano dei medici e di migliorare concretamente l'assistenza ai cittadini.

In gioco non c'è soltanto l'attuazione di una riforma. C'è la capacità della Medicina generale di confermare il proprio ruolo centrale nel Servizio sanitario nazionale, guidando il cambiamento senza rinunciare ai valori che ne hanno sempre rappresentato la forza: prossimità, responsabilità clinica e presa in carico della persona.



Nell'era degli algoritmi
Il futuro della Medicina passa dalla relazione

di **Anna Sgritto**

Sandro Spinsanti, bioeticista, riflette sui principi che dovranno guidare la pratica clinica negli anni a venire. Tra intelligenza artificiale, Medicina narrativa e personalizzazione delle cure, il medico di famiglia resta il protagonista di una relazione che nessun algoritmo può sostituire



L'evoluzione delle tecnologie digitali sta ridefinendo il modo di diagnosticare, decidere e curare. Ma, secondo il professor **Sandro Spinsanti**, bioeticista e tra i principali studiosi della relazione di cura, il cambiamento cruciale riguarda il concetto stesso di Medicina. Superato il modello paternalistico, la cura è ora un percorso condiviso in cui il paziente partecipa attivamente. Le nuove tecnologie offrono una preziosa opportunità, purché restino al servizio della persona senza ridurre il medico a un esecutore di protocolli. Per le cure primarie, in particolare per il Mmg, la sfida è coniugare il rigore scientifico con l'ascolto e la comprensione del contesto di vita del paziente, costruendo una relazione che renda l'assistenza davvero personalizzata.



Sandro Spinsanti si è laureato in Teologia morale e in Psicologia con formazione psicoterapeutica, ha insegnato Etica medica e Bioetica in atenei universitari. È stato direttore del Dipartimento di scienze umane dell'Ospedale Fatebenefratelli e del Centro internazionale studi famiglia, oltre a membro del Comitato nazionale per la bioetica e presidente di comitati etici. Fondatore dell'Istituto Giano e direttore di riviste e collane editoriali dedicate alle Medical Humanities, è autore di numerose pubblicazioni scientifiche e saggistiche.

Nel suo libro "Un'altra pratica della cura", lei descrive la cura come un incontro tra soggettività: come custodire questa dimensione relazionale nell'era della Medicina digitale?

"L'incombere dell'intelligenza artificiale investirà anche la professione di cura, in senso positivo o negativo. Ma prima di valutare questa rivoluzione, ricordiamo che la Medicina ha appena affrontato un'altra mutazione epocale. Per secoli ha prevalso il modello verticale e paternalistico del "potere di curare", basato sull'affidarsi ciecamente al medico. Solo di recente la bioetica ha introdotto l'*empowerment* e la partecipazione attiva del malato. La cura è diventata un ponte tra due sponde - curante e paziente -, dove transitano terapie, valori e parole. È su questo sfondo di condivisione che si inserisce la svolta dell'AI, con la sua carica potenzialmente costruttiva, o distruttiva, per la buona cura".

Nel dibattito sull'intelligenza artificiale si richiama spesso la centralità della persona. Quali aspetti di questo tema sono più rilevanti per la sanità e le professioni di cura?

"Focalizzarci sulla cura può sembrare banale, ma come i pesci che non vedono l'acqua in cui nuotano, spesso non mettiamo a fuoco ciò che costituisce il nostro ambiente vitale. La cura assume significati molto diversi - riparazione, manutenzione o cammino di autorealizzazione - e si manifesta in forme molteplici: quella familiare, che ci accompagna per tutta la vita, quella comunitaria del volontariato e quella professionale nel contesto sanitario. Queste dimensioni non possono procedere separate ma devono intrecciarsi. Il Mmg rappresenta la figura essenziale per cogliere i diversi bisogni e realizzare questa interconnessione, permettendoci di nuotare nella cura senza affogare, consapevoli che essa è la trama stessa della vita".

L'intelligenza artificiale supporta diagnosi e decisioni cliniche: quale dovrebbe essere il corretto rapporto tra il giudizio professionale del medico e le indicazioni degli algoritmi?

"Gli strumenti dell'AI qui menzionati, con la loro capacità di produrre diagnosi, valutazioni prognostiche e decisioni cliniche estremamente affidabili, sono in linea con quella svolta che ha modificato la Medicina quando si è confrontata sempre più rigorosamente con il sapere scientifico. Stiamo parlando della svolta che è avvenuta soprattutto all'inizio del XX secolo, quando la Medicina si è sempre più appoggiata alle scienze *hard*. La metodologia adottata ha richiesto che le decisioni cliniche si basino su prove (*Evidence Based Medicine*), linee guida, protocolli. Dall'entrata in vigore della legge Gelli Bianco, nel 2017, è invalso il principio che il professionista deve obbligatoriamente agire sulla base delle linee guida accreditate, soprattutto quando queste includono indicazioni esplicitamente vincolanti. La ricaduta sugli aspetti medico-legali della pratica della cura è determinante. Certo: è prevista, a certe condizioni, la possibilità di dissentire da un protocollo, a condizione che il dissenso sia "protocollato"…
Ci rassicura il fatto che il sapere da cui sono attinte le cure che riceviamo si basi su fondamenti così rigorosi, costruiti con metodologie universalmente validate dal mondo scientifico e condivise dai professionisti (senza che si segua una scuola piuttosto che un'altra o le proprie preferenze). Ci sono però degli aspetti della pratica medica che ci impediscono di dare un benvenuto incondizionato ai protocolli. Il comportamento di certi clinici suscita riserve. Alcuni di loro meritano la qualifica screditante di "protocollisti". Non incombe solo sui professionisti che assumono una postura da cui è assente quella sensibilità che è parte integrante della competenza comunicativa. Si può estendere a tutti coloro che **Claudio Rugarli** ha chiamato "medici a metà" (*Medici a metà. Quel che manca nella relazione di cura*, Raffaello Cortina ed. 2017), ovvero a quei clinici che nella relazione di cura considerano solo il versante del rigore scientifico e trascurano quella metà su cui presiedono le Medical Humanities. L'attendibilità delle indicazioni fornite dagli algoritmi e dall'AI potrebbe costituire un alibi per non affrontare l'altra parte del processo di cura, che consiste nella sua "personalizzazione". È invece assolutamente auspicabile e necessario: solo così acquista il profilo di una cura "sartoriale", tagliata su misura del singolo malato".

"La cura è un ponte tra due sponde: il professionista e la persona che riceve le cure"

La Medicina generale si fonda sulla storia del paziente: come può l'innovazione tecnologica valorizzare questo patrimonio senza ridurlo a semplice raccolta di dati?

"Un esempio molto eloquente di come la raccolta di dati da parte del clinico possa essere o no funziona-

le a una Medicina personalizzata è fornito dal sito che Rita Charon - considerata una delle figure di riferimento della Medicina Narrativa - ha dedicato alla sua attività formativa alla Columbia University di New York. Ecco il suo racconto: "Una anziana signora dice di avere un forte dolore di schiena. Il medico le domanda: 'Le hanno già fatto una radiografia o dato dei farmaci?'. La signora: 'Beh, le posso dire quando mi fa molto male. Quando prendo in braccio mio nipote, è allora che sento questo forte dolore in fondo alla spina dorsale'. Il medico: 'Ha già provato a prendere un'aspirina o un analgesico? Le hanno giovato?'. Ma un secondo medico potrebbe dire: 'Mi parli di suo nipote…'. E la nonna: 'Ha diciotto anni ed è autistico… sono io che l'ho allevato fin da quando è nato. Ma adesso è più grande di me e non riesco più a sollevarlo…'".
Senza ulteriori commenti, possiamo dire che il medico di medicina generale è collocato in prima linea nella raccolta di informazioni che fanno della cura un ponte tra due sponde e non l'applicazione di procedure guidate da algoritmi. È necessario però saper fare le domande; e ovviamente saper ascoltare".

I sistemi decisionali complessi sollevano questioni etiche: come cambia la responsabilità professionale quando il medico usa strumenti difficili da interpretare pienamente?

"È un dato di fatto: il sapere su cui si basa la pratica medica dei nostri giorni è reso molto più affidabile dagli strumenti informatici di cui dispone. Ma non ci dobbiamo illudere: ciò non abolisce l'incertezza che ha sempre accompagnato l'ambito della cura. Le decisioni mediche non sono libere da rischi; decidere qual è il livello di rischio accettabile è la sfida più difficile che il professionista deve affrontare. Il medico dovrà valutare la possibilità di mancare una diagnosi di cancro, o lo sviluppo di una seria infezione, controbilanciandole con il rischio alternativo di un eccesso diagnostico, o di effetti collaterali avversi, o di una resistenza antibiotica. Sono quesiti che si pone Helen Salisbury, medico di medicina generale, in una riflessione pubblicata sul *British Medical Journal* dal titolo: "Come far sentire sicuri i pazienti" (*BMJ* 2016: 393: s.861). La sua proposta di elaborare un livello di rischio accettabile può sembrare provocatoria. Invece di nascondersi dietro la barriera impersonale di linee guida e protocolli, suggerisce che si possa gestire l'incertezza insieme al malato, coinvolgendolo nelle decisioni. Condividendo anche l'incertezza: "Abbiamo bisogno di essere capaci di congedare il paziente sollevato, con una rinnovata fiducia nel proprio corpo, ma sapendo anche quali sintomi deve sorvegliare, nell'ipotesi non improbabile che ci siamo sbagliati", dichiara programmaticamente Helen Salisbury.
Si tratta di rifocalizzare l'obiettivo: non più far sentire "sicuro" il professionista, protetto dallo scudo del protocollo, in clima di Medicina difensiva, ma di garantire la sensazione di sicurezza del malato (*to feel safe*, come suona il titolo originale dell'articolo). O meglio: sia dell'uno che dell'altro. Ma con la consapevolezza che la sicurezza che sta a cuore al malato non si identifica con quella dello scudo giuridico che è spesso attribuita al professionista sanitario. Per questo le linee guida e i protocolli sono sfidati a diventare strumenti di un potere condiviso, piuttosto che di un potere che si colloca alle spalle del medico e da cui il malato si sente escluso. La strategia proposta è quella di una comunicazione aperta, presupponendo soprattutto la continuità di un rapporto che non si riduca a prestazioni. L'invito a sorvegliare i sintomi e a non esitare a tornare dal curante in casi dubbiosi è quella porta aperta che



Oltre l'algoritmo: l'ascolto e la competenza comunicativa del Mmg restano elementi insostituibili nella relazione di cura

contribuisce a dare sicurezza.
Certo, una prospettiva scomoda. E *time consuming*… Ma c'è forse un modo più produttivo di utilizzare il tempo della cura? Il movimento di Slow Medicine - utopistico e rivoluzionario come quello di Slow Food, su cui si appoggia - ha fatto proprio questo ideale. Da esso ci si aspetta cure "sobrie - rispettose - giuste", e quindi anche sicure. C'è solo da augurarsi che il suo modello di buona cura contagi un numero sempre maggiore di professionisti sanitari".

Le tecnologie digitali promettono efficienza ma rischiano di amplificare le disuguaglianze: quali attenzioni dovrebbero guidare la trasformazione digitale per evitare nuove forme di esclusione?

"Tra le conseguenze indesiderabili delle nuove tecnologie informatiche dobbiamo considerare anche la vistosa divaricazione che si crea tra coloro che sono in grado di usarle e chi invece ne è escluso. Fanno parte di questa seconda categoria persone che non sono entrate nel mondo della digitalizzazione. Si parla soprattutto di anziani, ma non solo. È vasto l'ambito in cui confluiscono le persone affette da quello che è stato chiamato "dolore burocratico". La burocrazia, che si serve sempre più dell'informatizzazione, per loro è una barriera insormontabile. Accedere alle strutture pubbliche per avere servizi dei quali hanno bisogno e ai quali avrebbero diritto per loro è come scalare una parete di sesto grado. Pec? Spid? Linguaggi familiari come il sanscrito. La burocrazia, che è già una sfida anche per i cittadini più acculturati, per loro diventa una realtà respingente, che li esautora. E spesso il risultato di questa difficoltà è la rinuncia a seguire l'*iter* burocratico prescritto.
Questa marginalizzazione riguarda i servizi socio-sanitari ancor più che tanti altri percorsi di galleggiamento nel mare tempestoso della vita sociale dei nostri giorni. Ci aspettiamo che soprattutto i medici di medicina generale sappiano captare queste forme di esclusione e collaborino con quanti, in particolare nel mondo del volontariato, cercano di porvi rimedio, mettendosi a servizio degli esclusi dalle tecnologie digitali".

"Gli algoritmi possono offrire indicazioni affidabili, ma non possono sostituire la personalizzazione della cura"

Quale qualità professionale il Mmg dovrebbe preservare a ogni costo nell'era dell'intelligenza artificiale e perché?

"Non trovo una raccomandazione più preziosa di quella proposta da un documento dell'Istituto Superiore di Sanità: "Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale". La Medicina Narrativa è definita come una metodologia basata su una "specifica competenza comunicativa". La narrazione a cui qui ci si riferisce è "lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura". La competenza comunicativa non è un *optional* che qualifica i medici buoni, ma una condizione essenziale per essere buoni medici.
Non si tratta di diluire le cure mediche in un brodo di chiacchiere, ma di ricondurle alla loro essenza, nel contesto della modernità: costruire un ponte tra due sponde. Sul ponte passino pure le conoscenze che mutuiamo dall'AI, ma non per sostituire l'ascolto e il dialogo, bensì per far interagire chi le cure le eroga e chi le riceve, stringendo un vincolo diverso e più profondo che nel passato".

"La competenza comunicativa non è un optional che qualifica i medici buoni: è una condizione essenziale per essere buoni medici"



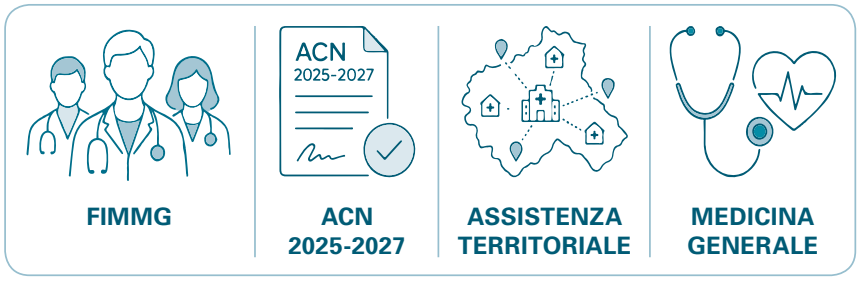
In questo volume Sandro Spinsanti propone una riflessione sul cambiamento della pratica della cura, mettendo al centro la relazione tra professionista e paziente in una Medicina chiamata a coniugare innovazione, responsabilità e umanità.



Fimmg, cambia la guida
La sfida adesso è rendere attrattiva la Medicina generale

di **Anna Sgritto**

Il Congresso elettivo della Fimmg segna l'avvio di una nuova stagione. Alla guida della Federazione arriva Niccolò Biancalani, che raccoglie l'eredità di Silvestro Scotti rilanciando il tema dell'attrattività della professione, della sostenibilità del lavoro e del rafforzamento dell'assistenza territoriale



Dopo dieci anni alla guida della Federazione italiana medici di medicina generale, **Silvestro Scotti** passa il testimone a **Niccolò Biancalani**. L'85° Congresso nazionale della Fimmg, svoltosi a Villasimius, non è stato soltanto un appuntamento elettivo, ma il momento in cui il principale sindacato della Medicina di famiglia ha provato a delineare la propria agenda per i prossimi anni.
Il cambio di *leadership* arriva in una fase particolarmente delicata per la professione. La Medicina generale è chiamata a confrontarsi contemporaneamente con la carenza di professionisti, l'attuazione della riforma territoriale, il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale 2025-2027, la crescente complessità assistenziale legata all'invecchiamento della popolazione e la necessità di riconquistare attrattività presso i giovani medici. Temi che hanno attraversato l'intero Congresso e che hanno rappresentato il filo conduttore della relazione conclusiva di Scotti e del programma presentato dal nuovo segretario.
Nel suo intervento congressuale, Scotti ha rivendicato il ruolo della contrattazione come strumento centrale per governare il cambiamento della Medicina generale. La difesa della libera scelta del cittadino, dell'autonomia professionale e del modello convenzionato resta per la Federazione un punto fermo. Da qui la richiesta di aprire rapidamente il confronto per il nuovo Accordo collettivo nazionale e di garantire alla Medicina generale tempi di rinnovo contrattuale coerenti con quelli previsti per gli altri professionisti del Servizio sanitario nazionale.

Il profilo del nuovo segretario generale della Fimmg

Niccolò Biancalani 44 anni, medico di famiglia a Prato, laureato all'Università di Firenze, è stato segretario regionale della Fimmg Toscana dal 2022. Ha seguito in prima linea il confronto sulla riorganizzazione delle Aft e sui processi di semplificazione amministrativa. Al Congresso di Villasimius è stato eletto segretario nazionale della Federazione raccogliendo il testimone di **Silvestro Scotti**.

Eredità e continuità

Il nuovo segretario raccoglie questa eredità, ma prova a imprimere una propria cifra politica. A soli 44 anni,

LE PRIORITÀ DEL MANDATO

- Rinnovo dell'Acn 2025-2027
- Rafforzamento delle Aft
- Ridefinizione del ruolo dei medici nelle Case della comunità
- Maggiori tutele per genitorialità e *caregiver*
- Riduzione della burocrazia
- Formazione universitaria della medicina generale
- Attrattività della professione per i giovani medici

già segretario regionale della Fimmg Toscana, Biancalani rappresenta il volto di un ricambio generazionale che coinvolge anche l'intero gruppo dirigente nazionale, caratterizzato da un'età media di circa 48 anni.
La parola che ricorre più frequentemente nel suo programma è "**attrattività**". Secondo Biancalani, il problema della Medicina generale non può essere affrontato soltanto aumentando il numero degli accessi alla formazione. Occorre intervenire sulle condizioni concrete di esercizio della professione, riducendo i carichi burocratici, rafforzando il lavoro in *équipe* e costruendo strumenti di tutela più aderenti alle esigenze delle nuove generazioni.
La crescente presenza femminile nella professione, i bisogni di conciliazione tra vita personale e lavoro, la genitorialità e l'assistenza ai familiari fragili sono tutti elementi che, secondo il nuovo segretario, dovranno trovare una risposta all'interno del prossimo Accordo collettivo nazionale. L'obiettivo dichiarato è costruire una Medicina generale capace di essere sostenibile non soltanto sul piano economico e organizzativo, ma anche umano e professionale.

> **"Dobbiamo restituire orgoglio alla professione e renderla più attrattiva per i giovani."**
> *Niccolò Biancalani*

Le Case della Comunità

Tra i dossier più rilevanti resta quello dell'assistenza territoriale. Sul ruolo delle Case della Comunità (CdC) la posizione della Fimmg appare ormai definita: le nuove strutture previste dal Pnrr rappresentano un'opportunità, a condizione che vengano integrate nella rete esistente e non si trasformino in un modello sostitutivo degli studi dei medici di famiglia.
Biancalani ribadisce che le Case della Comunità devono essere luoghi dedicati ai percorsi di cura, alla gestione della cronicità e alla presa in carico, non semplici sedi di presenza oraria.
In questo disegno organizzativo, un ruolo centrale viene attribuito alle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft). Proprio le Aft sono indicate come il futuro nodo organizzativo della medicina generale, il livello attraverso il quale programmare attività assistenziali, integrazione multiprofessionale e risposte ai bisogni di salute della popolazione.
Altro capitolo decisivo è quello della formazione. Sia Scotti sia Biancalani insistono sulla necessità di rafforzare il percorso formativo della Medicina generale e superare una distinzione che molti professionisti considerano ormai anacronistica. La prospettiva indicata è quella di una piena equiparazione universitaria del percorso, in grado di garantire maggiore riconoscimento professionale e aumentare l'attrattività verso i giovani laureati.
L'orizzonte, tuttavia, è più ampio e riguarda la sostenibilità stessa del Servizio sanitario nazionale. Nelle parole del nuovo segretario emerge la convinzione che la prevenzione, la gestione delle cronicità e il rafforzamento dell'assistenza di prossimità siano i principali strumenti per affrontare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione e della crescita dei bisogni assistenziali. Una sfida che richiederà investimenti, innovazione organizzativa e una più forte integrazione tra professionisti e servizi territoriali.

> **"Il futuro della Medicina generale si governa con la contrattazione."**
> *Silvestro Scotti*

Il Congresso di Villasimius consegna quindi alla Fimmg un duplice messaggio. Da una parte la continuità con il percorso costruito negli anni della segreteria Scotti, dall'altra la volontà di aprire una fase nuova nella quale il tema dell'attrattività professionale diventa la chiave per affrontare tutte le altre questioni: dalla carenza di medici al ricambio generazionale, dalle Case della Comunità alla sostenibilità economica e organizzativa della professione. Perché, come ha ricordato lo stesso Biancalani nelle sue prime dichiarazioni da segretario generale, la vera sfida dei prossimi anni sarà restituire orgoglio, prospettive e centralità alla Medicina di famiglia.

IL CONGRESSO IN TRE PAROLE

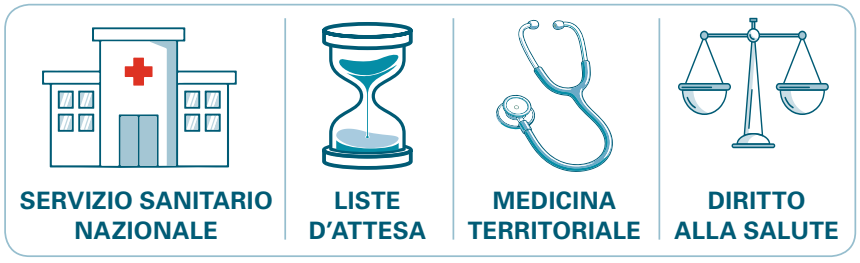
- ✔ **Attrattività**: Più tutele, più organizzazione e condizioni di lavoro sostenibili.
- ✔ **Contrattazione**: Il rinnovo dell'Acn resta il principale terreno di confronto con istituzioni e Regioni.
- ✔ **Territorio**: Aft e Case della Comunità come pilastri della nuova assistenza di prossimità.



Il Ssn regge, ma il diritto alla salute è sempre meno esigibile

di **Anna Sgritto**

Il 9° Rapporto della Fondazione Gimbe, presentato di recente, fotografa un Servizio sanitario nazionale che continua a garantire buoni risultati di salute, ma fatica sempre più ad assicurare un accesso equo e tempestivo alle cure. Sottofinanziamento, carenza di professionisti, aumento della spesa privata e rinuncia alle prestazioni mettono sotto pressione i principi di universalità ed equità



Il Servizio sanitario nazionale continua a rappresentare uno dei principali strumenti di tutela della salute dei cittadini, ma mostra crescenti difficoltà nel garantire un accesso uniforme alle cure. È il quadro che emerge dal 9° Rapporto della Fondazione Gimbe, presentato alla Camera dei deputati, secondo cui il diritto alla salute è oggi sempre più condizionato dal luogo di residenza e dalle condizioni economiche delle persone. Secondo il **presidente della Fondazione, Nino Cartabellotta**, il Ssn mantiene buoni risultati in termini di aspettativa di vita e riduzione della mortalità evitabile, ma ha progressivamente perso la capacità di erogare prestazioni in modo equo e tempestivo. Ne deriva una situazione nella quale chi dispone di risorse economiche può accedere più facilmente alle cure, mentre chi non può permettersele è costretto ad attendere o addirittura a rinunziare a visite ed esami.

Uno dei principali elementi critici riguarda il finanziamento pubblico. Tra il 2023 e il 2026 il Fondo sanitario nazionale (Fsn) è aumentato nominalmente da 125,4 a 142,9 miliardi di euro. Tuttavia, rapportando tali risorse alla ricchezza prodotta dal Paese, emerge che il peso della sanità sul Pil si è progressivamente ridotto. Secondo Gimbe, mantenen-



"LA SALUTE NON È UN PRIVILEGIO, È UN DIRITTO"

"A quasi 48 anni dall'istituzione del Ssn, il diritto alla tutela della salute rimane fondamentale sulla carta, ma è sempre meno esigibile nella vita reale. Un'involuzione che indebolisce i principi di universalità ed equità: disponibilità economiche e luogo di residenza condizionano l'accesso alle cure, ampliando il divario tra chi può pagare e chi è costretto ad attendere o a rinunciare. Per la Fondazione Gimbe, rilanciare il Ssn è un imperativo etico: significa preservare uno strumento di democrazia e coesione sociale".

Nino Cartabellotta - Presidente Fondazione Gimbe

Il Piano di Rilancio Gimbe in 16 punti

Il Piano di rilancio della Fondazione Gimbe individua le priorità strategiche per garantire la tenuta del sistema:

1. Finanziamento pubblico adeguato ai bisogni reali.
2. *Governance* Stato-Regioni per superare i divari territoriali.
3. Aggiornamento continuo e reale esigibilità dei Lea.
4. Rilancio e valorizzazione delle politiche del personale.
5. Potenziamento dell'assistenza territoriale e integrazione con l'ospedale.
6. Integrazione con i servizi socio-assistenziali.
7. Riduzione sistematica di sprechi e inefficienze.
8. *Governance* trasparente del rapporto pubblico-privato.
9. Riordino della sanità integrativa e dei fondi sanitari.
10. Investimenti mirati in prevenzione e stili di vita.
11. Promozione della ricerca scientifica indipendente.
12. Accelerazione della digitalizzazione in sanità.
13. Sicurezza e ammodernamento del patrimonio edilizio e tecnologico.
14. Trasparenza dei dati e dati aperti (*open data*).
15. Partecipazione attiva di cittadini e pazienti.
16. Monitoraggio e valutazione indipendente delle politiche sanitarie.

do invariato il rapporto tra Fsn e Pil registrato nel 2022, il Ssn avrebbe potuto disporre di ulteriori 18,8 miliardi di euro nel quadriennio 2023-2026. È il fenomeno che la Fondazione definisce dei "tagli invisibili": non riduzioni formali delle risorse, ma finanziamenti inferiori rispetto ai bisogni reali del sistema.

Le prospettive per i prossimi anni non risultano più rassicuranti. Le stime contenute nel Documento programmatico di finanza pubblica prevedono infatti un divario crescente tra spesa sanitaria e risorse disponibili, pari complessivamente a 32,3 miliardi di euro nel triennio 2027-2029. Un *gap* che rischia di trasferire sulle Regioni la necessità di reperire nuove risorse o di ridurre l'offerta di servizi sanitari.

La rinuncia alle prestazioni. Nel 2024 oltre 5,8 milioni di persone hanno dichiarato di aver rinunciato ad almeno una visita specialistica o a un esame diagnostico. Le cause principali restano i lunghi tempi di attesa e le difficoltà economiche. Un fenomeno che evidenzia come la disponibilità teorica delle prestazioni non coincida necessariamente con la loro effettiva fruibilità.

Cresce il peso della spesa privata. Nel 2025 la spesa sanitaria complessiva ha raggiunto 190,1 miliardi di euro, di cui 42,4 miliardi sostenuti direttamente dalle famiglie. Aumentano inoltre le coperture assicurative e il ruolo dei fondi sanitari integrativi, mentre il rischio segnalato da Gimbe è quello di una progressiva espansione di percorsi di cura differenziati sulla base delle disponibilità economiche individuali.

Tra i temi più rilevanti per la medicina territoriale emerge la crisi del personale. Nonostante l'Italia registri un numero di medici per abitante superiore alla media Ocse, oltre il 26% dei professionisti censiti non lavora nel Ssn e non frequenta percorsi formativi *post* laurea. Ancora più marcate le criticità nell'assistenza primaria. **La Fondazione stima infatti una carenza di 5.716 medici di medicina generale e di 497 pediatri di libera scelta, con squilibri territoriali che rischiano di aggravarsi nei prossimi anni**.

Critica anche la situazione infermieristica. L'Italia dispone di 6,9 infermieri ogni mille abitanti, contro una media Ocse di 9,7. Circa un infermiere su cinque non lavora nel servizio pubblico e il rapporto tra infermieri e medici risulta tra i più bassi dei Paesi industrializzati. Una condizione che limita la capacità di sviluppare modelli assistenziali territoriali e multiprofessionali, sempre più necessari per rispondere all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità.

> **"Oltre 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a visite o esami nel 2024"**

Pnrr e Missione salute. Pur riconoscendo il raggiungimento e la rendicontazione degli obiettivi previsti nei confronti della Commissione europea, Gimbe sottolinea la necessità di verificare nei prossimi anni la reale operatività delle strutture finanziate e il loro impatto concreto sull'accesso alle cure, sulla qualità dell'assistenza e sull'esperienza dei cittadini. Per orientare e monitorare le politiche di Governo e Regioni, il Rapporto aggiorna il Piano di rilancio del Ssn della Fondazione Gimbe. "Nel 2027 - spiega il Presidente - il Piano di rilancio sarà il nostro riferimento per analizzare i programmi sulla sanità di tutte le forze politiche alle prossime elezioni. Perché i cittadini hanno il diritto di conoscere azioni e omissioni della politica nella tutela della loro salute. Per la Fondazione Gimbe, rilanciare il Ssn è un imperativo etico: significa preservare uno strumento di democrazia e coesione sociale e una leva per lo sviluppo economico del Paese. È attraverso il Ssn che la Repubblica rende concreto il principio di uguaglianza tra le persone: la salute non è un privilegio riservato a chi può permetterselo, ma un diritto costituzionale che deve essere garantito a tutti".

Gestione di GERD e LPRD in MG: efficacia e tollerabilità di Xamamina Reflusso

In collaborazione con Dompé farmaceutici

Tra le patologie di riscontro frequente nello studio del Mmg un posto di primo piano è occupato dalla malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) e dalla malattia da reflusso laringofaringeo (LPRD). In Italia si stima infatti una prevalenza del 23-26% (circa una persona su 4) per la GERD e del 10% per la LPRD.
Accomunate da una matrice eziopatogenetica comune, riguardante l'azione irritante del contenuto gastrico a livello della mucosa dell'esofago per quel che riguarda la GERD, e dei vapori acidi e della pepsina sulle mucose di laringe e faringe per la LPRD, i quadri clinici sono invece, com'è noto, piuttosto distinti. La prima infatti si caratterizza per sintomi esofagei tipici, quali pirosi retrosternale, dolore epigastrico, eruttazioni e rigurgiti acidi; la seconda si manifesta invece con sintomi extra-esofagei tipici, come disfonia, tosse secca cronica, bruciore faringeo e senso di globo faringeo. L'approccio terapeutico ricorre classicamente agli inibitori di pompa protonica (IPP), che purtuttavia mostrano importanti limiti, sia riguardo alla prescrivibilità, che per i potenziali eventi avversi, oltre che in termini di efficacia nella gestione della LPRD e nel rapido controllo dei sintomi post-prandiali.
In questo contesto, avere a disposizione alternative valide per efficacia e tollerabilità può rappresentare una risorsa particolarmente preziosa per le persone che ne soffrono. Una di queste è Xamamina Reflusso.

Caratteristiche dei componenti

Xamamina Reflusso è un dispositivo medico il cui complesso di ingredienti permette di avere una barriera attiva, di favorire la protezione e la riepitelizzazione della mucosa e di facilitare lo svuotamento gastrico.
Formulata come sciroppo antireflusso in stick monodose da 20 ml, Xamamina Reflusso esercita un'attività articolata grazie ai suoi componenti - magnesio alginato, simeticone e composti emollienti e riepitelizzanti (D-pantenolo, miele, Althaea officinalis, ossido di zinco e Papaver rhoeas) - che consentono le seguenti azioni:

- forma un gel a basso peso specifico che galleggia sul contenuto gastrico ("effetto zattera"), creando una barriera fisica alla risalita del reflusso.
- riduce la tensione superficiale delle bolle di gas favorendone l'eliminazione, riduce la pressione intragastrica e contrasta la risalita di microbolle gassose veicolanti pepsina, proteggendo il distretto laringofaringeo.
- protegge la mucosa infiammata e ne favorisce la guarigione.

Risultati in *real-world*

L'efficacia e la sicurezza di Xamamina Reflusso sono state valutate in uno studio osservazionale *real-world* ambulatoriale (Cocco A, 2026) su 70 pazienti (50 GERD, 20 LPRD) trattati per 60 giorni con 1 *stick* dopo colazione, pranzo e cena. La valutazione clinica è stata condotta a T0, T1 (30 giorni) e T2 (60 giorni) mediante le scale validate GIS (per GERD), RSI (per LPRD) e VAS per la qualità di vita (1-10).
Al baseline (T0), entrambi i gruppi, GERD e LPRD, presentavano punteggi suggestivi di sintomatologia severa.
A 60 giorni il punteggio dei sintomi si è ridotto in media dell'80% nel GERD (GIS) e dell'81% nell'LPRD (RSI) rispetto al basale, con una riduzione già di circa il 58% a breve termine, a 30 giorni, in entrambi i gruppi. Anche la qualità di vita (VAS) è migliorata: il punteggio è aumentato in media del 187% nel GERD e del 156% nell'LPRD.
La **tollerabilità** è risultata favorevole nel 100% dei casi, senza eventi avversi né drop-out, con un'ottima compliance favorita anche dal gusto frutti rossi/uva fragola, confermando come Xamamina Reflusso possa essere considerata un'opzione terapeutica rapida, efficace e ben tollerata per i sintomi esofagei ed extra-esofagei.

Bibliografia

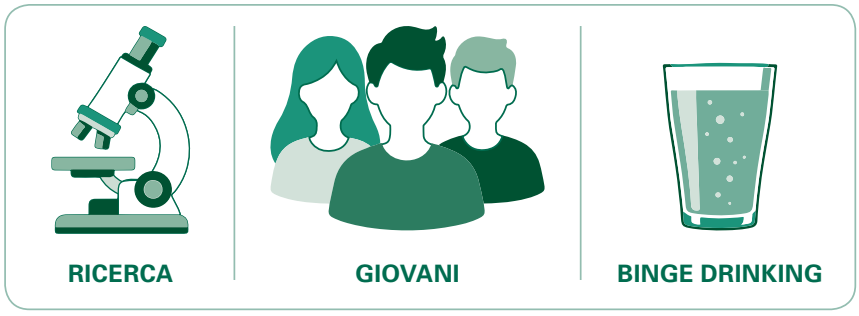
- Cocco A. Efficacia e tollerabilità di Xamamina Reflusso nel trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) e del reflusso laringofaringeo (LPRD): uno studio real-world in ambito ambulatoriale. Medicina di Famiglia e Specialistica, 2026. https://www.pacinimedicina.it/medicina_famiglia/efficacia-e-tollerabilita-di-xamamina-reflusso-nel-trattamento-della-malattia-da-reflusso-gastroesofageo-gerd-e-del-reflusso-laringofaringeo-lprd-uno-studio-real-world-in-ambito-ambulatoriale/



Percezione del danno da consumo di alcol nella popolazione giovanile

di **Antonio Dioguardi, Leonida Iannantuoni**
Assimefac - Medici di Medicina Generale - Foggia

Qual è il rapporto dei giovani tra i 18 e i 30 anni nei confronti delle sostanze alcoliche? Questo studio osservazionale ha avuto lo scopo di rispondere a questa domanda, indagando la loro considerazione rispetto ai possibili danni, il fenomeno del binge drinking, oltre che la prevalenza, le modalità e i comportamenti rischiosi correlati



La percezione del rischio è un processo cognitivo che interviene a guidare il comportamento quando si devono prendere decisioni che comportano potenziali criticità.
Nello specifico, la percezione generale del rischio riguardo al consumo di alcol nei giovani adulti sembra essere relativamente bassa e si concentra sugli effetti legati all'intossicazione acuta o sulle conseguenze a lungo termine riservate, però, solo a chi ne fa ricorso in grandi quantità e quotidianamente.
L'idea di condurre tale studio è nata a seguito di una telefonata di una giovane paziente, brillante *manager* di 28 aa, per altro molto attenta alla propria salute, che un lunedì mattina chiedeva lumi al proprio medico circa una sintomatologia, che si presentava tipicamente la domenica mattina, consistente in cefalea, nausea e stordimento.
Alla domanda del medico circa le abitudini del sabato sera, candidamente affermava di bere abitualmente nel corso della serata 5-6 *spritz* (pari a circa 65-70 gr. di alcol puro, nda), non ritenendo che tale assunzione di alcol potesse, in qualche modo, essere dannosa nel breve e medio termine.

Scopo del lavoro

Questo studio ha avuto l'obiettivo di indagare la percezione che i giovani, di età compresa tra i 18 e i 30 anni, hanno rispetto al danno da consumo di alcol, valutando le correlazioni con il fenomeno del *binge drinking*, di analizzare la prevalenza, le modalità e i comportamenti rischiosi correlati, per poi pianificare interventi mirati alla prevenzione o al trattamento di tali fenomeni.

Materiali e metodi

Lo studio, della durata di 30 giorni, ha coinvolto un campione di 106 giovani di età tra i 18-30 aa. Criterio di inclusione è stata l'età, compresa tra i 18 aa (compiuti) e i 30 aa (compiuti). Criteri di esclusione la minore età e dipendenze patologiche note.
La raccolta dati è avvenuta, previo consenso e nel rispetto della *privacy* e della normativa vigente, tramite la somministrazione di un questionario

anonimo (*allegato 1*), con domande a risposta multipla, creato tramite "Google moduli" e distribuito attraverso i *social network (WhatsApp)*.
Il questionario era costituito da due parti:

- **parte prima**: composta da 17 domande e riguardante abitudini, conoscenze e percezione del rischio;
- **parte seconda**: composta da 3 domande e riguardante i dati generali dell'intervistato, seguendo il questionario Audit, patrocinato e raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

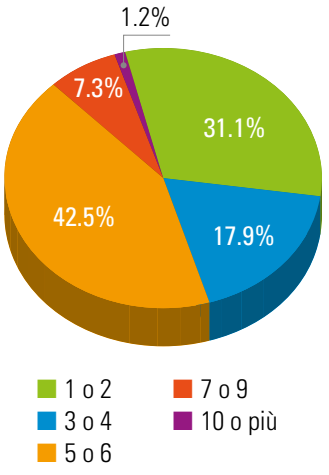
Risultati e discussione

Il campione era costituito da 59 femmine e 47 maschi (*allegato 2, grafico 1*) di età compresa tra i 18 e i 30 anni. Nello specifico il 53,8% d'età compresa tra i 25-30 anni e il 46,2 % in quella tra i 18-24 anni (*allegato 2, grafico 2*).
Il questionario ha indagato anche lo stato occupazionale da cui risulta che il 42,5% sono lavoratori, il 30,2% studenti e il 27,3 % disoccupati/inoccupati (*allegato 2, grafico 3*).
I dati raccolti mostrano che coloro che hanno consumato alcol almeno una volta siano stati il 98,1%, di cui la maggioranza, il 35,8%, ha consumato alcol 4 o più volte alla settimana (*allegato 2, grafico 4*).
In tale occasione la quantità di bevande alcoliche assunte in media in un giorno dal 42,5% dei giovani è risultato pari a 5-6 bevande/die (*figura 1*).

"Il 26,4% dei giovani ha risposto di bere nella stessa occasione 6 o più bicchieri di bevande alcoliche, almeno una volta al mese"

FIGURA 1

Quante bevande alcoliche consumi in media in un giorno quando decidi di bere?



Il fenomeno del *binge drinking* è stato indagato attraverso la domanda "*Ha mai bevuto, nella stessa occasione, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche?*": l'84,9 % ha risposto positivamente (*allegato 2, grafico 15*).
Per quanto riguarda la frequenza del fenomeno, il 26,4 % dei giovani ha risposto di bere nella stessa occasione 6 o più bicchieri di bevande alcoliche, almeno una volta al mese (*allegato 2, grafico 6*).
Il totale degli individui *binge drinkers*, senza distinzione di genere, del nostro campione è 4 volte superiore rispetto alla media nazionale.
Caratteristica del *binge drinking* è quella di consumare ingenti quantità di alcol in un'unica occasione seguita, poi, da più o meno lunghi periodi di astinenza.
Nella maggior parte dei casi queste occasioni si concentrano nel fine settimana infatti, il 71,7% dei partecipanti ha affermato di consumare alcol solo nel *weekend*, il 25,5% di consumare alcol sia durante la settimana che durante il *weekend*, l'1,9% di consumare alcol solo dal lunedì al venerdì (*allegato 2, grafico 16*).

"Il 43% del campione, precedentemente ad un'occasione in cui consumerà bevande alcoliche, attua limitazioni alimentari riconducibili alla drunkoressia"

Comportamenti a rischio

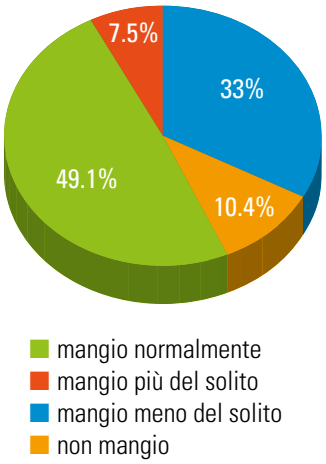
I principali comportamenti a rischio correlati all'alcol che verranno analizzati sono:

- *drunkoressia*
- guida in stato di ebbrezza e incidenti stradali alcol-correlati
- episodi di violenza/autolesionismo.

La *drunkoressia* (o anoressia alcolica) è un comportamento a rischio che unisce digiuno, o una severa restrizione del cibo, all'abuso di alcol. Chi ne soffre salta i pasti per compensare le calorie dell'alcol, evitare di ingrassare o ubriacarsi più in fretta a stomaco vuoto.
In questo studio i comportamenti *drunkoressici* sono stati ricercati domandando agli intervistati quali sono le loro abitudini alimentari prima di un'occasione in cui si consumeranno sostanze alcoliche.
Il 49,1% degli intervistati ha affermato di mangiare normalmente, il 7,5% di mangiare più del solito, il 33% di mangiare meno ed il 10,4% afferma di non mangiare.
I dati raccolti mostrano che il 43% del campione, prima di un'occasione in cui consumerà bevande alcoliche, attua limitazioni alimen-

FIGURA 2

Prima di un'occasione in cui consumerai sostanze alcoliche, quali sono le tue abitudini alimentari?



tari riconducibili alla *drunkoressia* (*figura 2*).

Per quanto concerne la **guida in stato di ebbrezza** e gli incidenti stradali alcol-correlati è da rimarcare che il consumo di alcol ha sempre un'influenza negativa sulla capacità di guida. Il rischio di incidente stradale aumenta del 38% alla concentrazione di 0,5 g/l e si quintuplica alla concentrazione di 1,0 g/l. Il rischio collegato alla guida in stato di ebbrezza aumenta sia all'aumentare delle quantità di alcol assunto sia all'aumentare della frequenza delle occasioni di consumo eccessivo.

In Europa un incidente su quattro è attribuibile all'alcol e la maggior parte delle persone coinvolte, il 96%, è di sesso maschile.

Il 70,8% dei giovani partecipanti a questo studio ha dichiarato di aver guidato in stato di ebbrezza ed il 6,6% di guidare anche se non in possesso di patente di guida (*allegato 2, grafico 17*).

"In Europa un incidente su quattro è attribuibile all'alcol"

Per quanto concerne le **condotte violente**, è stata dimostrata una correlazione molto stretta tra violenza ed etilismo cronico e acuto.

I soggetti intossicati avrebbero una propensione maggiore ad interpretare stimoli ambientali poco chiari come minacciosi e a reagire aggressivamente ai pericoli percepiti.

L'abuso di alcol porta, infatti, ad un difficile controllo della rabbia ed ad una diminuita capacità di controllo inibitorio, con conseguente maggior propensione alla violenza.

Oltre alla violenza eterodiretta, esiste una correlazione tra alcol, suicidi e autolesionismo.

Tali comportamenti sono incentivati da disinibizione, obnubilamento del giudizio, tristezza ed irritabilità indotte.

Un elevato contributo al comportamento suicidario o autolesionistico è dato dall'intossicazione acuta.

L'alcol può essere considerato sia un fattore predisponente, dato il suo effetto depressogeno, sia un fattore precipitante, a causa dell'aumento dell'impulsività nei momenti di intossicazione acuta.

In Italia, nel 2023, il 38% dei decessi droga-correlati sono stati causati dall'alcol. Il 10% di tali decessi è dovuto a suicidio e l'8% a traumatismo accidentale.

Per indagare tale fenomeno è stato chiesto agli intervistati se avessero riportato lesioni o le avessero procurate ad altri in conseguenza del bere.

Il 45,3% del campione ha riferito di non aver mai fatto male ad alcuno né di essersi mai fatto del male, il 54,7% ha invece risposto, purtroppo, in maniera affermativa (*figura 3*).

Non riuscire a controllare la quantità di alcol consumato può indurre a bere più di quanto si vorrebbe portando a sviluppare un inizio di dipendenza.

"Il 59,4% dichiara di aver avuto bisogno di bere al mattino per "tirarsi su""

Alla domanda "*Con quale frequenza durante l'ultimo anno hai scoperto di non riuscire a smettere di bere una volta iniziato?*" il 64% dichiara che, almeno una volta nell'ultimo anno, è successo di non essere stato in grado di riuscire a smettere una volta iniziato (*allegato 2, grafico 7*).

Uno stato di ebbrezza può impedire di far fronte alle proprie aspettative e a quelle altrui, essendo anch'esso indice di dipendenza.

Il 54,7 % degli intervistati ha risposto di non essere stato in grado di fare, a causa del bere nell'ultimo anno, ciò che normalmente era abituato a fare in ambito domestico o lavorativo (*figura 4*).

Chi ha sviluppato una dipendenza, ha bisogno di assumere alcol al mattino per sentirsi meglio poiché,

FIGURA 3

Ti sei fatto male o hai fatto male a qualcuno come risultato del bere?

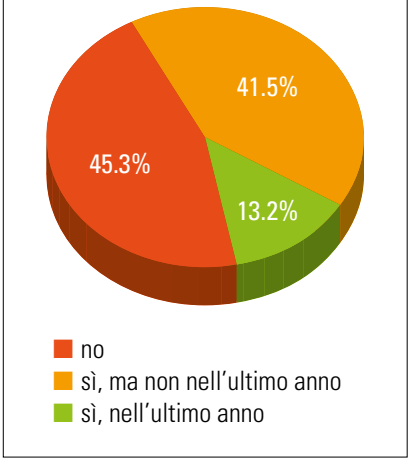
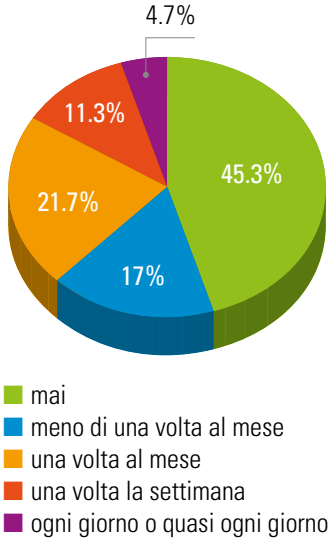


FIGURA 4

Con quale frequenza durante l'ultimo anno non sei riuscito a fare ciò che normalmente fai, in ambito domestico o lavorativo, a causa del bere?



durante la notte, i valori di alcolemia nel sangue diminuiscono dando disturbi d'astinenza.
Anche in questo caso, i dati indicano un rischio di sviluppare dipendenza nei giovani partecipanti allo studio, infatti il 59,4% di loro dichiara di aver avuto bisogno di bere al mattino per "tirarsi su" dopo una serata durante la quale aveva bevuto molto (*allegato 2, grafico 9*).
Il 65% dei giovani dichiara di aver provato, nell'ultimo anno, sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto (*allegato 2, grafico 10*).
Bere fino a dimenticare le proprie azioni, come è risultato nel 62,3% dei giovani di questo studio, è la dimostrazione dell'azione nociva dell'alcol sul normale funzionamento della memoria con l'insorgenza di danni cerebrali permanenti nell'intossicazione cronica (*allegato 2, grafico 11*).
Spesso le persone a noi vicine notano un comportamento inusuale o dannoso, e può essere indice di preoccupazione tale da indurre a riflettere sulla propria situazione.
Come si evince dai dati rilevati, a circa il 54,7% dei giovani partecipanti allo studio è stato suggerito in almeno una occasione di smettere di consumare alcolici (*allegato 2, grafico 13*).
In merito alla conoscenza delle norme del Codice della Strada, è stato chiesto agli intervistati quale fosse la concentrazione ematica massima tollerata, ovvero 0,5 grammi per litro (g/l), limite imposto a tutti i conducenti, ad eccezione dei neopatentati e dei conducenti professionali (come camionisti e tassisti), per i quali il limite è di 0,0 g/l.
Dalle risposte si evince come solo il 23,6% abbia risposto in modo corretto (*allegato 2, grafico 18*).
Alla domanda "*Quanto sei consapevole del tuo consumo di alcol e dei potenziali danni associati?*" il 47,2% dei giovani ha risposto di essere molto consapevole (*allegato 2, grafico 19*).
La scarsa conoscenza dei limiti imposti dalla legge e la convinzione da parte dei giovani che hanno partecipato allo studio di avere una consapevolezza reale del rischio, mette in risalto l'errata percezione che gli stessi hanno dei danni da consumo di alcol.
Infine, alla domanda "*ti interesserebbe avere maggiori informazioni sull'alcol?*" l'81,6% ha risposto sì, mentre il 18,4% ha risposto no (*allegato 2, grafico 20*).
Del campione non interessato a ricevere maggiori informazioni, il 98% consuma o ha consumato almeno una volta nella vita una bevanda alcolica assumendola con modalità *binge drinking*, ovvero una modalità a rischio.

Conclusioni

L'indagine ha evidenziato un consumo elevato di alcol, diffusosi tra i giovani attraverso una modalità molto dannosa e predisponente la dipendenza da alcol: il *binge drinking*.
Il consumo di alcol, rispetto ad altre sostanze psicoattive, è di più difficile contrasto in quanto, non solo l'alcol è legale, ma è anche molto pubblicizzato.
La maggior parte degli intervistati dimostra di non avere conoscenze sufficienti, tanto è vero che permangono comportamenti altamente rischiosi per sé e per gli altri come la guida in stato di ebbrezza.
Nonostante le ricerche evidenzino un calo nella frequenza del fenomeno nei giovani, le conseguenze dell'esordio precoce del consumo di alcol si riflettono sulle abitudini di consumo future, aumentando il rischio di incorrere in comportamenti di abuso e dipendenza.
Per arginare tale problema è necessario iniziare da progetti scolastici di prevenzione per sensibilizzare sulla legalità e sul concetto di sobrietà, di consumo zero, evitando di fornire informazioni ambigue, come "bere responsabilmente", che possono essere controproducenti, in quanto, in una fase evolutiva, i giovani non hanno capacità critiche sviluppate e hanno una percezione del rischio ridotta.
I risultati ottenuti suggeriscono che, nonostante le politiche europee e i piani d'azione indotti dall'Oms, sia pressante la necessità di adottare strategie di prevenzione per ridurre il consumo dell'alcol in questa fascia di età.

Inquadra il QR-Code per scaricare gli allegati e la bibliografia



Oltre la glicemia: il controllo dell'C-Ldl nel diabetico a rischio cardiovascolare molto alto



Riccardo Bertulazzi[1,2], Elisa Casella[1], Giulia Arenare[1], Francesca Zani[1], Massimo Crippa[1]

[1] Sc Medicina Po Gardone Val Trompia, Asst Spedali Civili Brescia
[2] Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Brescia

In questa analisi real-world di una coorte ambulatoriale di pazienti diabetici a rischio cardiovascolare molto alto, il controllo glicemico è risultato relativamente vicino a obiettivi pragmatici, mentre il target lipidico è stato raggiunto solo da una minoranza, suggerendo come, nella pratica clinica, la rivalutazione periodica dell'C-Ldl e della terapia ipolipemizzante debba affiancare sistematicamente il monitoraggio dell'HbA1c

Messaggi chiave

- Nei pazienti diabetici a rischio cardiovascolare molto alto il *target* C-Ldl ≤ 55 mg/dL resta spesso non raggiunto, anche quando il compenso glicemico appare accettabile.
- Nel campione osservato, il 70,8% dei pazienti aveva HbA1c ≤8%, ma solo il 39,5% era a *target* C-Ldl.
- La terapia ipolipemizzante di combinazione era presente nel 32,5% dei pazienti e risultava molto più frequente nei soggetti già a *target*.
- Il rischio cardiovascolare manifesto sembra guidare più facilmente l'intensificazione terapeutica rispetto a danno renale o complicanze microvascolari.

Perché osservare il C-Ldl nel diabetico complesso

Il diabete mellito rappresenta una delle condizioni croniche più frequentemente gestite nella pratica territoriale e ambulatoriale. Il controllo glicemico rimane un obiettivo fondamentale, ma non esaurisce il problema clinico: nel paziente diabetico, soprattutto se anziano, pluripatologico o con danno d'organo, il rischio cardiovascolare dipende dall'interazione tra più fattori modificabili.

Tra questi, il colesterolo Ldl mantiene un ruolo centrale. Le linee guida Esc/Eas indicano per i pazienti a rischio cardiovascolare molto alto un obiettivo di C-Ldl inferiore a 55 mg/dL, associato, quando applicabile, a una riduzione di almeno il 50% rispetto al valore basale. Nella pratica quotidiana, tuttavia, questo obiettivo rimane spesso difficile da raggiungere, anche nei pazienti già in terapia con statina.

Studi *real-world* europei, come **Da Vinci**[2] e **Santorini**[3], hanno già documentato il **divario tra raccomandazioni e pratica clinica**. Il presente lavoro nasce con un intento pragmatico: descrivere una popolazione diabetica a rischio molto alto seguita in ambito ambulatoriale e verificare, nella fotografia basale, quanto il controllo lipidico sia effettivamente allineato al livello di rischio.

> **"Studi *real-world* hanno documentato il divario tra raccomandazioni e pratica clinica"**

Il nostro studio osservazionale

È stata condotta un'analisi osservazionale retrospettiva su un *database* clinico anonimizzato comprendente 329 pazienti diabetici classificati a rischio cardiovascolare molto alto secondo le raccomandazioni Esc/Eas 2019[1]. L'analisi riguarda esclusivamente la valutazione al *baseline* e non include *outcome* longitudinali.
Le variabili cliniche e metaboliche sono state descritte con mediana [Iqr] o frequenze assolute e percentuali. Le analisi sui correlati del *target* C-Ldl e della maggiore intensità terapeutica hanno finalità esplorativa e non consentono inferenze causali. Per mantenere un taglio clinico, i risultati statistici sono qui riportati in forma sintetica.

Cosa emerge dalla coorte

La nostra popolazione di studio presentava le caratteristiche comuni dei pazienti che ci troviamo ad assistere nella pratica clinica: età avanzata, lunga durata del diabete, elevata prevalenza di ipertensione, frequente coinvolgimento macrovascolare o cardiaco e presenza rilevante di danno renale o albuminuria (*tabella 1*). Quasi la metà dei pazienti aveva almeno 75 anni e oltre un terzo presentava almeno tre complicanze concomitanti.
La mediana di C-Ldl pari a 61 mg/dL può apparire relativamente vicina al *target*, ma l'analisi per classi mostra una realtà diversa: solo 4 pazienti su 10 raggiungevano l'obiettivo ≤55 mg/dL, mentre oltre un terzo aveva C-Ldl superiore a 70 mg/dL. In una popolazione a rischio molto alto, questa distanza dal *target* rappresenta un'area concreta di miglioramento.

Confronto tra assetto glicemico e lipidico

Il confronto con il compenso glicemico aiuta a interpretare meglio il problema. La HbA1c mediana era 7,37% e il 70,8% dei pazienti risultava entro una soglia di HbA1c ≤8%, compatibile con una popolazione anziana e pluripatologica. Al contrario, il target C-Ldl ≤55 mg/dL era raggiunto solo dal 39,5% (*figura 1*).
Questa discrepanza suggerisce una criticità nella gestione clinica dei pazienti complessi: spesso nella pratica clinica, l'attenzione al compenso glicemico può prevalere sulla rivalutazione sistematica degli altri fattori di rischio, incluso il profilo lipidico.

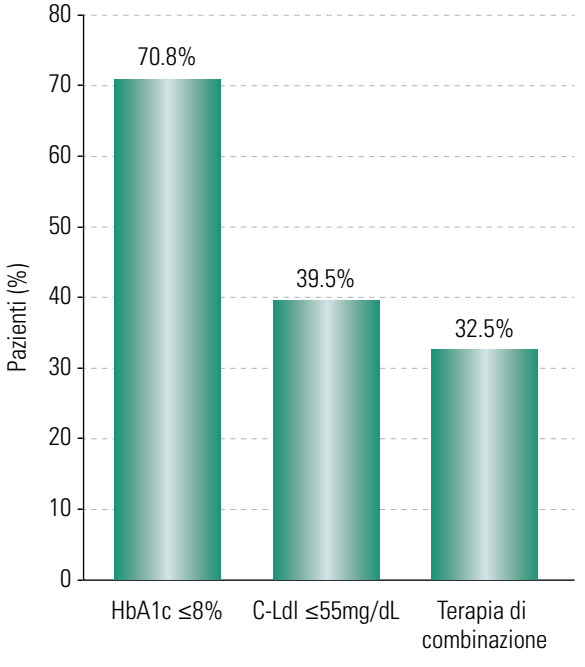
TABELLA 1

La coorte in breve

Parametro	Dato osservato
Pazienti inclusi	329
Età mediana	74,0 anni [65,4-81,3]
Sesso maschile	67,2%
Diabete tipo 2	96,0%
Durata mediana del diabete	16,0 anni [9,1-24,0]
HbA1c mediana	7,37% [6,73-8,10]
HbA1c ≤8,0%	70,8%
C-Ldl mediano	61,0 mg/dL [46,4-81,0]
C-Ldl ≤55 mg/dL	39,5%
C-Ldl >70 mg/dL	38,3%
Terapia con statina	82,1%
Terapia di ipolipemizzante di combinazione	32,5%
Nessuna terapia ipolipemizzante registrata	16,4%
Malattia macrovascolare/cardiaca	59,9%
Insufficienza renale cronica	40,4%
Albuminuria micro/macro	47,7%

FIGURA 1

Controllo glicemico, *target* C-Ldl e terapia di combinazione al *baseline*



Il nodo della terapia di combinazione

Nella coorte osservata, una terapia statinica era presente nell'82,1% dei pazienti, mentre la terapia di combinazione solo nel 32,5%.
Il dato è particolarmente rilevante quando si confrontano i pazienti a *target* e non a *target*: la terapia di combinazione era presente nel 51,5% dei soggetti con C-Ldl ≤55 mg/dL, ma solo nel 20,1% dei non a *target*. Viceversa, quasi un quarto dei pazienti non a *target* non aveva una terapia ipolipemizzante. Pur trattandosi di una fotografia trasversale, il segnale è coerente con il razionale dell'approccio combinato nei pazienti a rischio cardiovascolare molto alto, sottolineato dalle linee guida Esc/Eas e dai dati *real-world* più recenti.
Un altro dato particolarmente rilevante è la quasi totale assenza di terapie non statiniche innovative come acido bempedoico e Pcsk9i, evidenziando un possibile *gap* prescrittivo per quanto riguarda i farmaci più recenti, che possono contribuire a migliorare significativamente il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Dati esplorativi: cosa si associa all'intensificazione?

La maggiore intensità terapeutica è stata più frequente nei pazienti con cardiopatia ischemica, pregresso infarto o fenotipo macrovascolare/cardiaco. Non si è rilevata alcuna associazione significativa con HbA1c, glicemia, Bmi, creatinina o numero complessivo di complicanze.
Danno renale/albuminuria e complicanze microvascolari sembrano tradursi meno frequentemente in una strategia terapeutica intensiva rispetto alla malattia cardiovascolare clinicamente manifesta.

> **"Il dato invita a sottolineare l'importanza di valutare l'assetto lipidico come un aspetto centrale della prevenzione Cv nel paziente diabetico"**

Un rischio "visibile" e uno che può restare sottopesato

L'analisi esplorativa suggerisce che, nella pratica clinica, l'intensificazione terapeutica sia guidata soprattutto dalla presenza di una storia cardiovascolare evidente: cardiopatia ischemica o pregressi eventi cerebrovascolari erano associati a una maggiore probabilità di statina ad alta intensità o terapia di combinazione.
Al contrario, parametri come HbA1c, Bmi, creatinina o numero totale di complicanze non discriminavano in modo significativo l'intensità della terapia ipolipemizzante. Questo aspetto è clinicamente rilevante: il paziente con danno renale o complicanze microvascolari può essere formalmente a rischio molto alto, ma il suo rischio potrebbe risultare meno immediatamente percepito rispetto a quello del paziente con ictus o cardiopatia ischemica documentata.

Limiti

L'analisi è retrospettiva, basata su dati registrati nella pratica clinica e limitata alla fotografia basale. Non sono state effettuate imputazioni dei dati mancanti né modelli multivariati. Le associazioni riportate sono esplorative, non aggiustate e non consentono inferenze causali. Il valore dello studio è principalmente descrittivo e generatore di ipotesi.

Conclusioni

Nella nostra popolazione di studio, il controllo lipidico risultava meno soddisfacente del controllo glicemico: meno della metà dei pazienti raggiungeva il *target* di C-Ldl ≤55 mg/dL, a fronte di una quota più ampia con HbA1c ≤8%.
La terapia di combinazione era ancora limitata a circa un terzo della popolazione e risultava molto più frequente nei pazienti già a *target*. Il dato invita a sottolineare l'importanza di valutare l'assetto lipidico come un aspetto centrale della prevenzione cardiovascolare nel paziente diabetico, da rivalutare periodicamente e non solo nei soggetti con eventi cardiovascolari già manifesti. I dati sottolineano inoltre l'importanza di considerare il paziente in un'ottica di *continuum cardiovascolare*, distaccandosi dalla visione specialistica e settorializzata e rendendo sempre più centrale l'implementazione di percorsi multidisciplinari che permettano una gestione clinica globale.

BIBLIOGRAFIA

1. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2020; 41: 111-88.
2. Ray KK, et al. EU-wide cross-sectional observational study of lipid-modifying therapy use in secondary and primary care: the DA VINCI study. *Eur J Prev Cardiol* 2021; 28: 1279-89.
3. Ray KK, et al. "Treatment gaps in the implementation of LDL cholesterol control among high- and very high-risk patients in Europe between 2020 and 2021: the multinational observational SANTORINI study". *Lancet Reg Health Eur* 2023; 29: 100624.

Inquadra il QR-Code per leggere la versione integrale dell'articolo



Farmaci di uso comune e funzione renale

Gestione sicura e presa in carico in Mg



di **Giuseppe Mennella**

Direttore Uoc Nefrologia e Dialisi, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta - Membro del Direttivo della Società italiana di nefrologia (Sin)

L'utilizzo sicuro dei farmaci in nefrologia dipende principalmente dalla capacità di integrare principio attivo, indicazione, funzione renale, volemia e contesto clinico. È inoltre importante educare il paziente/caregiver a riconoscere rapidamente le condizioni in cui la terapia necessita di essere riconsiderata, sempre in modo coordinato con il proprio Mmg

La prescrizione di farmaci che interferiscono con l'emodinamica renale è quotidiana in medicina generale.
FANS, ACE-Inibitori (ACE-I), antagonisti recettoriali dell'angiotensina II (ARB) e diuretici hanno profili molto diversi: i FANS possono favorire un danno renale acuto (AKI), mentre ACE-I/ARB e diuretici sono terapie essenziali nella gestione di pazienti pluricomorbidi, con importanti benefici cardiovascolari renali.
Il punto non è quindi etichettare questi farmaci come "nefrotossici", ma riconoscere il paziente e/o le situazioni che devono suggerire cautela nel loro utilizzo, con particolare attenzione soprattutto a quelle condizioni acute nelle quali una terapia stabile può diventare temporaneamente pericolosa e quindi può necessitare di una rimodulazione[1-3].
Il rischio è maggiore nel paziente anziano fragile, con malattia renale cronica (MRC), diabete, scompenso cardiaco, sottoposto a polifarmacoterapia. A questi fattori si aggiunge la stagionalità: nei mesi caldi, il ridotto introito, l'eccessiva sudorazione o episodi intercorrenti di febbre o diarrea possono determinare deplezione volemica acuta e creare le condizioni per lo sviluppo di una insufficienza renale acuta.
In questo scenario la prevenzione passa anche dall'educazione anticipata del paziente e del *caregiver*.

FANS: attenzione al paziente e al contesto

I FANS inibiscono la sintesi di prostaglandine e riducono la vasodilatazione dell'arteriola afferente, limitando un importante meccanismo di autoregolazione della filtrazione glomerulare (*figura 1*).
Il rischio aumenta in presenza di MRC, età avanzata, scompenso cardiaco, ipovolemia o terapia concomitante con ACE-I/ARB e diuretici[2,4].
Particolare attenzione merita la cosiddetta "*triple whammy*": FANS + ACE-I/ARB + diuretico. Il diuretico può favorire la contrazione volemica, il blocco del sistema renina-angiotensina riduce il tono dell'arteriola efferente e il FANS limita la vasodilatazione afferente. La combinazione, soprattutto durante una condizione di disidratazione, può determinare una brusca riduzione della pressione di filtrazione.
Il Mmg ha il delicato compito di educare il paziente ad evitare il più possibile l'automedicazione, a valutare alternative quando disponibili, e a saper riconoscere quelle condizioni che possono innescare l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di insufficienza renale.

ACE-I/ARB: effetto emodinamico vs nefrotossicità

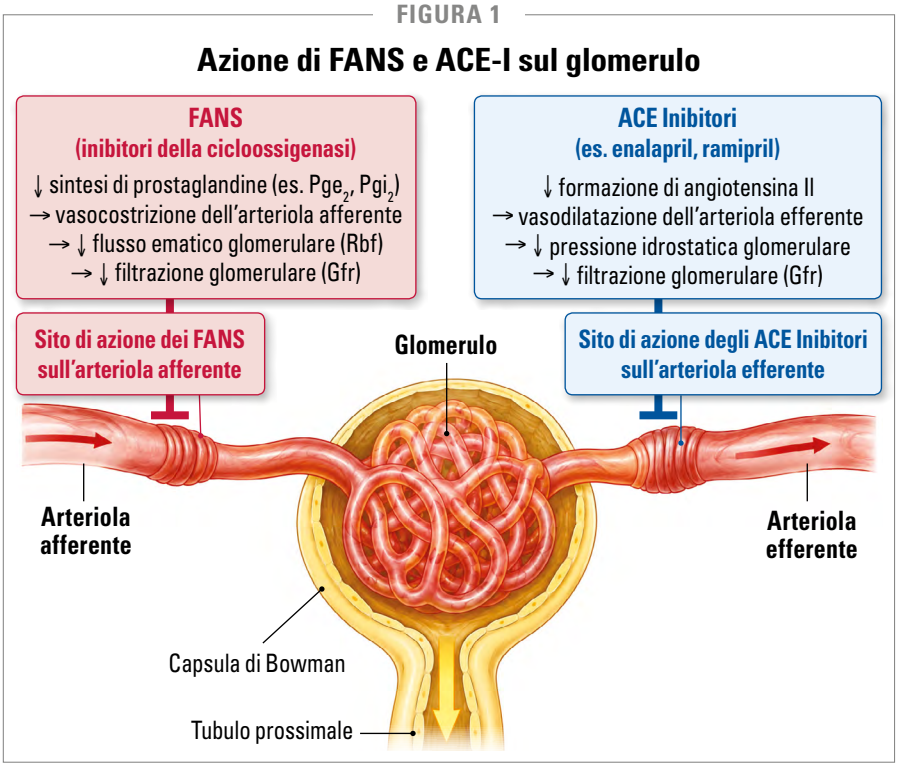
ACE-I e ARB sono farmaci di prima scelta per alcune comuni condizioni patologiche come ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco e MRC albuminurica.
Essi agiscono determinando la vasodilatazione dell'arteriola efferente con conseguente riduzione della pressione intraglomerulare (*figura 1*). Tale effetto emodinamico può talvolta determinare una modesta (e peraltro reversibile) riduzione iniziale dell'eGfr e non rappresenta un danno renale. Le KDIGO 2024 raccomandano di controllare pressione arteriosa, creatinina ed elettroliti, in particolare il potassio, entro 2-4 settimane dall'introduzione o dall'aumento della dose, anticipando il controllo nei pazienti a maggior rischio[1]. In generale, il trattamento può essere proseguito se la creatinina non aumenta oltre il 30% nelle prime quattro settimane[1].

Un incremento maggiore richiede una valutazione clinica prima della sospensione: stato volemico, ipotensione, malattia intercorrente, FANS o altri farmaci, iperkaliemia e possibili cause renovascolari. Anche l'iperkaliemia associata al blocco del Sistema renina-angiotensina (RAAS) dovrebbe, quando possibile, essere gestita correggendo i fattori modificabili (alimentazione con basso contenuto di potassio) e/o consigliando al paziente l'utilizzo di resine e chelanti del potassio piuttosto che rinunciando automaticamente a una terapia fondamentale nel rallentare la progressione della MRC e, in generale, nel migliorare la prognosi dei pazienti diabetici e/o con patologia cardiovascolare[1].

Diuretici: equilibrio tra congestione e deplezione

I diuretici sono indispensabili nel controllo della congestione e dell'ipertensione, ma possono favorire ipovolemia, ipotensione e alterazioni elettrolitiche. Nel paziente congesto, tuttavia, un aumento della creatinina non equivale necessariamente a indicazione a sospendere il diuretico: la valutazione dello stato volemico rimane centrale. Il rischio cambia radicalmente quando compaiono vomito, diarrea, febbre, scarso introito o altre perdite idriche. Nel paziente fragile il monitoraggio deve quindi essere clinico, considerando peso, pressione, segni di congestione o disidratazione, oltre che laboratoristico, con la determinazione di creatinina/eGfr ed elettroliti[1,2].

FIGURA 1



Sick day: un piano concordato prima che il paziente si ammali

Nel paziente anziano, diabetico o cardiopatico, spesso già in terapia con più farmaci, l'AKI è frequentemente il risultato di più fattori concomitanti. Una terapia ben tollerata per mesi può diventare critica quando interviene un "*second hit*": ondata di calore, febbre, gastroenterite, ridotto introito idrico, infezione, ipotensione o aggiunta di un FANS.
La stagionalità deve quindi entrare nell'anamnesi farmacologica: prima dell'estate, nei pazienti più vulnerabili, può essere utile rivalutare terapia, funzione renale, elettroliti e capacità del paziente di riconoscere una condizione potenzialmente pericolosa.
Il paziente e/o il *caregiver* va quindi costantemente educato a saper riconoscere segni e sintomi prodromici, oltre a saper monitorare i parametri come peso, stato di idratazione e ipotensione in base ai quali, sempre in modo coordinato col proprio Mmg, poter eventualmente rimodulare la propria terapia farmacologica.
Il concetto di *sick day* dovrebbe essere parte della presa in carico del paziente fragile. Non significa consegnare una lista indiscriminata di

TABELLA 1

Principali classi farmacologiche di interesse nefrologico: effetti, fattori di rischio e monitoraggio

Classe farmacologica	Effetto renale/clinico rilevante	Principali condizioni di rischio	Monitoraggio/gestione
FANS	Inibizione delle prostaglandine → riduzione della vasodilatazione arteriolare afferente; possibile ↓ Gfr e AKI	Ckd, età avanzata, ipovolemia, scompenso cardiaco, associazione con ACE-I/ARB e diuretici	Limitare l'esposizione nei pazienti a rischio; valutare stato volemico, creatinina/eGfr ed elettroliti quando clinicamente indicato
ACE-inibitori ARB	Vasodilatazione arteriolare efferente → riduzione della pressione intraglomerulare; possibile incremento iniziale della creatinina	Ipovolemia, ipotensione, Ckd avanzata, iperkaliemia, FANS, concomitante terapia diuretica	Pa, creatinina/eGfr e K^+ dopo introduzione o incremento posologico; incremento della creatinina >30% → ricercare cause reversibili e rivalutare la terapia
Diuretici	Riduzione della volemia e della congestione; possibile ipovolemia e alterazioni elettrolitiche	Perdite gastrointestinali, febbre, scarso introito, caldo intenso, ipotensione, fragilità	Valutazione clinica della volemia e della congestione; Pa, peso, creatinina/eGfr ed elettroliti
Metformina	Eliminazione renale; possibile accumulo in corso di AKI con rischio di acidosi lattica	AKI, disidratazione significativa, malattia acuta con ipoperfusione/ipossia	Monitorare la funzione renale; considerare sospensione temporanea nelle condizioni acute a rischio e rivalutare la ripresa dopo la loro risoluzione

FANS + ACE-I/ARB + diuretico ("*triple whammy*") aumenta il rischio di AKI, in particolare in presenza di ipovolemia o malattia acuta associata a disidratazione

farmaci "da sospendere quando si sta male", ma predisporre un piano individualizzato, spiegato quando il paziente è clinicamente stabile, e condiviso con il *caregiver*[1,4].

Il paziente e il *caregiver* devono saper riconoscere gli eventi rilevanti: vomito o diarrea significativi, febbre con ridotto introito, impossibilità a mantenere un'adeguata idratazione, marcate perdite di liquidi, vertigini/ipotensione o riduzione della diuresi. Il piano deve precisare quali farmaci, in quello specifico paziente, richiedono temporanea rivalutazione o sospensione; ricordare di evitare l'automedicazione con FANS; indicare quando contattare il medico e quando controllare creatinina ed elettroliti. È altrettanto importante definire e documentare quando e come riprendere le terapie sospese: le linee guida KDIGO sottolineano chiaramente che la mancata reintroduzione dopo l'evento acuto è un comportamento scorretto[1].

L'efficacia dell'informazione va verificata. Una semplice strategia è il *teach-back*: chiedere al paziente o al *caregiver* di ripetere con parole proprie le istruzioni fornite, così da essere sicuri di evitare comportamenti involontariamente scorretti.

Focus: metformina e rischio di acidosi lattica

Nel diabetico in terapia con metformina, il deterioramento acuto della funzione renale assume un'ulteriore rilevanza. La metformina è eliminata per via renale e l'AKI può ridurne la *clearance*, favorendone l'accumulo. L'acidosi lattica associata a metformina è rara, ma potenzialmente grave[5,6].

L'Ema raccomanda che, in caso di disidratazione significativa - per esempio vomito o diarrea severi, febbre, esposizione al caldo o ridotto introito di liquidi - la metformina venga temporaneamente sospesa[5]. Questo messaggio deve essere spiegato preventivamente, soprattutto all'anziano diabetico con MRC, scompenso cardiaco o politerapia. Anche qui la sospensione deve avere un termine: dopo la risoluzione dell'evento acuto, la terapia va rivalutata e ripresa quando clinicamente appropriato e con funzione renale compatibile.

Conclusioni

L'utilizzo sicuro dei vari farmaci in nefrologia dipende principalmente dalla capacità di integrare farmaco, indicazione, funzione renale, volemia e contesto clinico.

FANS, ACE-I/ARB e diuretici richiedono approcci differenti: se da una parte è indispensabile evitare l'esposizione non necessaria ai FANS soprattutto nei pazienti vulnerabili e pluricomorbidi, dall'altra occorre essere il più possibile aderenti alle linee guida che indicano ACE-I/ARB e diuretici come farmaci di prima linea nel trattamento delle principali nefropatie e malattie metaboliche e cardiovascolari. Tuttavia occorre contestualmente educare il paziente a saper riconoscere rapidamente le condizioni in cui tale terapia necessita di una rimodulazione e/o di una temporanea sospensione (*tabella 1*).

Bibliografia disponibile a richiesta



Diabete 2
Oltre il controllo glicemico

di **Nicola Miglino**

Il consensus report Ada-Easd 2026 promuove un approccio personalizzato che integra gestione del peso, protezione cardiovascolare e renale, alimentazione e attività fisica

Il nuovo *consensus report* 2026 dell'American diabetes association (**Ada**) e dell'European association for the study of diabetes (**Easd**), presentato di recente a Milano in occasione del congresso Easd, amplia profondamente la prospettiva sulla gestione del diabete tipo 2.
Il bersaglio non è più soltanto l'**iperglicemia**: la strategia terapeutica deve affrontare in modo integrato peso, rischio cardiovascolare e renale, stile di vita, benessere psicologico e condizioni associate, con un approccio personalizzato e centrato sulla persona.
Il documento (Diabetologia; doi.org/10.1007/s00125-026-06855-7), aggiornato rispetto al precedente del 2022, sottolinea l'importanza di intervenire precocemente e di costruire obiettivi condivisi con il paziente. La gestione dovrebbe inoltre considerare le molteplici condizioni croniche che frequentemente accompagnano il diabete e i determinanti sociali della salute. Non si tratta quindi di aggiungere semplicemente nuovi farmaci, ma di costruire un percorso terapeutico individualizzato e continuamente rivalutato.
Il **peso** entra a pieno titolo tra gli obiettivi terapeutici. Il *consensus* considera la gestione ponderale centrale nel diabete tipo 2: una riduzione di almeno il 5% può produrre benefici metabolici significativi, mentre perdite di peso più consistenti, vicine o superiori al 15%, possono aumentare la probabilità di raggiungere la normoglicemia e la remissione, soprattutto quando l'intervento viene effettuato nelle fasi precoci della malattia.
Questa nuova impostazione modifica anche la scelta della terapia farmacologica. Gli **inibitori Sglt2** e le **terapie basate sul Glp-1** devono essere considerati non soltanto per la loro capacità di ridurre la glicemia, ma per gli effetti cardiovascolari e renali. Il *consensus* ne sostiene un utilizzo più precoce, potenzialmente già dalla diagnosi, quando indicato dal profilo clinico. Nei pazienti con malattia cardiovascolare, malattia renale cronica o scompenso cardiaco può essere presa in considerazione anche la combinazione di Sglt2 e Glp-1, in ragione della possibile complementarità dei benefici.
Anche l'**alimentazione** viene inserita stabilmente nel percorso terapeutico. La *Medical nutrition therapy* dovrebbe essere proposta a tutte le persone con diabete tipo 2 attraverso un intervento personalizzato, sostenibile e coerente con preferenze, cultura e obiettivi clinici. Non viene indicato un unico modello alimentare valido per tutti; la dieta mediterranea mantiene tuttavia un ruolo particolarmente rilevante per i benefici metabolici e cardiovascolari e per la sostenibilità nel lungo periodo.
Lo stesso principio vale per l'**attività fisica**. Il documento introduce una visione delle 24 ore, sintetizzata nelle cinque "S": *standing, stepping, sweating, strengthening e sleep*. Accanto all'esercizio aerobico diventano quindi importanti la riduzione della sedentarietà, l'aumento del movimento quotidiano, l'allenamento della forza e la qualità del sonno. L'indicazione generale è di raggiungere almeno 150 minuti alla settimana di attività aerobica moderata-vigorosa, associando esercizi di resistenza 2-3 volte alla settimana.
Un punto particolarmente rilevante per la pratica clinica riguarda infine gli **integratori**. Il *consensus* segnala che le evidenze disponibili su prebiotici, probiotici, simbiotici, berberina, curcumina, fieno greco, okra, propoli e resveratrolo non sono sufficienti per dimostrarne un beneficio sul controllo del diabete; anche la vitamina D non è raccomandata a questo scopo.
Così concludono gli Autori: "Nel diabete tipo 2 il valore dell'HbA1c rimane importante, ma non può più rappresentare da solo il criterio con cui valutare il successo terapeutico. La nuova strategia Ada-Easd punta a prevenire le complicanze, proteggere cuore e rene, gestire il peso e migliorare la qualità di vita attraverso un intervento precoce, integrato e personalizzato".



GLP-1 e innovazione terapeutica: opportunità e prospettive

intervista a **Roberto Baratta**
UOC Endocrinologia, ARNAS Garibaldi, Catania

L'intervento tempestivo sull'obesità mira a limitare le conseguenze a breve e a lungo termine. La disponibilità di terapie innovative e con formulazioni diverse consente una migliore personalizzazione

Dottor Baratta, perché è fondamentale intervenire precocemente su sovrappeso e obesità?

L'obesità è una malattia complessa, cronica, recidivante e progressiva, nella quale l'accumulo eccessivo di tessuto adiposo e le alterazioni della sua funzione possono precedere la comparsa di complicanze clinicamente manifeste. L'intervento tempestivo mira a limitare l'esposizione all'adiposità in eccesso e alle alterazioni metaboliche associate. Anche nel sovrappeso, soprattutto in presenza di adiposità addominale, la valutazione del rischio deve integrare l'indice di massa corporea (BMI) con la distribuzione del tessuto adiposo e il profilo clinico individuale.

Un ulteriore elemento è la **memoria metabolica dell'obesità**, o memoria obesogenica. Nel lavoro pubblicato su *Obesity Reviews* con Salvatore Corrao e Dario Tuccinardi abbiamo proposto di interpretare la persistenza di alterazioni infiammatorie, immunometaboliche e strutturali del tessuto adiposo attraverso il concetto di isteresi biologica. L'isteresi descrive la dipendenza dello stato attuale di un sistema biologico dalla sua storia precedente: nell'obesità, la riduzione ponderale può non accompagnarsi al completo ripristino delle condizioni biologiche antecedenti all'aumento di peso. **Nel tessuto adiposo** umano sono state documentate **modificazioni dell'espressione genica ancora presenti a due anni dalla chirurgia bariatrica**, nonostante una rilevante riduzione ponderale. Nei modelli murini sono state inoltre identificate alterazioni epigenetiche persistenti, associate a un **recupero del peso più rapido alla riesposizione a una dieta ricca di grassi**. Queste osservazioni sostengono l'ipotesi di una memoria biologica; resta da definire in quale misura essa sia modificabile mediante il trattamento nell'uomo.

Sul piano clinico, una dimostrazione rilevante riguarda la **progressione al diabete tipo 2**. In **SURMOUNT-1**, nei partecipanti con prediabete e obesità o sovrappeso associato a complicanze, a 176 settimane la proporzione di soggetti con diagnosi di diabete è stata dell'1,2% con tirzepatide e del 12,6% con placebo. Tale risultato documenta la possibilità di prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete.

Per il MMG, la priorità è **identificare tempestivamente il rischio cardiometabolico**, integrare BMI, circonferenza vita e rapporto circonferenza vita/altezza e definire un trattamento commisurato al quadro clinico. La riduzione ponderale e il suo mantenimento costituiscono componenti di una strategia continuativa di prevenzione delle complicanze.

Quali vantaggi offrono i doppi agonisti incretinici rispetto alle terapie precedenti?

Il duplice agonismo recettoriale GIP/GLP-1, oggi rappresentato da **tirzepatide**, ha ampliato l'efficacia della farmacoterapia dell'obesità. Il confronto più informativo è quello diretto con semaglutide sc: nello studio SURMOUNT-5, in adulti senza diabete con obesità o sovrappeso associato a complicanze, la **riduzione ponderale** media a 72 settimane, secondo l'*efficacy estimand*, è stata del 21,6% con tirzepatide e del 15,4% con semaglutide.

La rilevanza clinica comprende anche gli **esiti sulle complicanze associate all'obesità**. Nello studio **SUMMIT**, nei pazienti con obesità e scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata, tirzepatide ha ridotto rispetto a placebo il rischio dell'esito composito di morte CV o peggioramento dello scompenso.

Orforglipron, frutto della ricerca farmacologica più recente, si distingue da tirzepatide per il profilo farmacologico: è un agonista del solo recettore del GLP-1, costituito da una piccola molecola non peptidica a somministrazione orale. Negli studi clinici ha dimostrato un'efficacia clinicamente significativa, con un profilo di sicurezza e tollerabilità coerente con quello della classe farmacologica.

Quali opportunità aprono le formulazioni orali e che cosa distingue orforglipron da semaglutide orale?

Le formulazioni orali ampliano le opzioni terapeutiche e possono favorire l'accettazione del trattamento da parte dei pazienti. Orforglipron e semaglutide orale agiscono sul recettore del GLP-1, ma differiscono per struttura molecolare e modalità di assorbimento, con conseguenze rilevanti sulle condizioni di assunzione.

Orforglipron può essere assunto senza necessità di digiuno né vincoli temporali rispetto al consumo di alimenti o bevande. **Semaglutide** è un peptide coformulato con un promotore dell'assorbimento gastrico (SNAC) per cui è **necessaria l'assunzione a stomaco vuoto**, dopo un digiuno raccomandato di almeno otto ore, con non più di 120 mL d'acqua. Devono trascorrere almeno 30 minuti prima di assumere alimenti, bevande o altri medicinali orali. La maggiore flessibilità di orforglipron può risultare rilevante in presenza di abitudini irregolari o di schemi terapeutici mattutini complessi.

In ATTAIN-1, in adulti senza diabete con obesità o sovrappeso associato a complicanze, orforglipron ha determinato a 72 settimane una riduzione ponderale media del 12,4% alla dose sperimentale di 36 mg/die, contro lo 0,9% con placebo. Con questa dose, il 59,6% dei partecipanti ha raggiunto una riduzione di almeno il 10% e il 39,6% di almeno il 15% del peso iniziale. In **ATTAIN-2**, nei pazienti con sovrappeso o obesità e diabete tipo 2, la riduzione media è stata del 10,5% vs il 2,2% con placebo, alla stessa dose e durata, con un concomitante miglioramento del controllo glicemico.

In OASIS-4, semaglutide orale 25 mg/die ha prodotto a 64 settimane una riduzione ponderale media del 16,6%, contro il 2,7% con placebo, in adulti senza diabete. La diversità dei protocolli e delle popolazioni non consente di attribuire valore comparativo diretto a queste percentuali. La scelta clinica richiede inoltre di considerare tollerabilità, preferenze e sostenibilità del regime di assunzione.

Come cambiano aderenza e gestione degli effetti indesiderati nel passaggio dall'iniezione settimanale alla compressa quotidiana?

Nel paziente già in trattamento con un iniettivo settimanale, il passaggio all'orale deve avere come obiettivo il mantenimento dei benefici ponderali e metabolici ottenuti. Occorre distinguere il cambio di formulazione della stessa molecola, come per semaglutide, dal passaggio a un diverso principio attivo, come orforglipron. Tempi di avvio e schema posologico vanno definiti per il singolo farmaco, secondo le indicazioni autorizzate.

Sul piano dell'aderenza, si passa da una frequenza settimanale ad un'assunzione da integrare ogni giorno nella propria routine. L'assenza di vincoli rispetto ad alimenti e bevande può facilitare l'impiego di orforglipron. La preferenza per la compressa non garantisce, di per sé, maggiore aderenza: è necessario verificarne l'assunzione regolare, chiarire come gestire le dosi dimenticate e rivalutare la continuità della terapia nel tempo.

La tollerabilità gastrointestinale va rivalutata durante la transizione. In ATTAIN-MAINTAIN, che ha studiato direttamente il passaggio da tirzepatide o semaglutide a orforglipron, gli eventi gastrointestinali sono stati prevalentemente lievi o moderati. Questi dati riguardano pazienti selezionati, senza diabete, già trattati per 72 settimane, e non dimostrano una migliore tollerabilità rispetto alla prosecuzione dell'iniettivo, non prevista come confronto.

Nelle prime settimane occorre verificare andamento del peso, tollerabilità, idratazione e, nei pazienti con diabete, controllo glicemico. La progressione posologica deve tener conto dell'eventuale persistenza dei disturbi digestivi; pasti meno abbondanti e un'adeguata idratazione possono contribuire alla gestione dei sintomi. Vanno inoltre rivalutate le terapie concomitanti, per possibili interazioni e per il rischio ipoglicemico associato a insulina o sulfoniluree. Per orforglipron, le modalità d'impiego dovranno attenersi al riassunto delle caratteristiche del prodotto autorizzato.

Quali criteri guideranno la scelta tra terapia orale e iniettiva?

La scelta dovrebbe fondarsi sull'obiettivo clinico, sull'entità della riduzione ponderale necessaria e sulle complicanze da prevenire o trattare. A ciò si aggiungono controindicazioni, interazioni, tollerabilità e probabilità di mantenere il trattamento nel tempo. Non disponiamo di un profilo validato che assegni una determinata via di somministrazione sulla sola base del grado di obesità. Orforglipron può rappresentare un'opzione per chi preferisce la via orale ed è in grado di sostenere un regime quotidiano. Una terapia iniettiva settimanale può risultare più adatta a chi privilegia una minore frequenza di somministrazione o presenta difficoltà con l'assunzione giornaliera. Nei pazienti con diabete tipo 2, la scelta deve integrare obiettivo ponderale e glicemico. Quando è prioritaria la protezione di uno specifico organo, attribuirei maggiore rilievo alle evidenze sugli esiti clinici ottenute con la singola molecola nella popolazione pertinente.

In ACHIEVE-4, orforglipron ha dimostrato la non inferiorità rispetto a insulina glargine sul composito cardiovascolare MACE-4, comprendente morte CV, infarto e ictus non fatali e ricovero per angina instabile, in pazienti con diabete tipo 2 a rischio CV elevato. Un ambito ulteriore è il mantenimento della riduzione ponderale. In ATTAIN-MAINTAIN, in adulti senza diabete precedentemente trattati con tirzepatide o semaglutide, il passaggio a orforglipron ha consentito, nel sottogruppo che aveva raggiunto un *plateau* ponderale, di conservare a 52 settimane in media il 78,0% della riduzione ottenuta con tirzepatide e l'82,4% di quella ottenuta con semaglutide. Il mantenimento è risultato superiore a quello osservato con placebo.

Infine, accessibilità e sostenibilità economica incidono sulla persistenza terapeutica. Qualunque sia la formulazione prescelta, la farmacoterapia deve inserirsi in un percorso continuativo che comprenda intervento nutrizionale, attività fisica e rivalutazione periodica degli obiettivi clinici.

Bibliografia disponibile a richiesta

Approccio conservativo integrato nella gestione dei sintomi venosi

Con il contributo non condizionante di EG STADA

Gestire la malattia venosa cronica (Mvc) in maniera ottimale, sia clinicamente che sintomaticamente, si rivela spesso una vera e propria sfida. Si tratta infatti di una patologia che si presenta con sintomi molto eterogenei - tra cui dolore, senso di pesantezza, edema, crampi, prurito, sindrome delle gambe senza riposo e formicolii[1] - che però spesso mostrano una scarsa correlazione diretta con la gravità dei reperti clinici o ecografici.

Nuovo approccio integrato

Le terapie convenzionali (venoattive, chirurgiche, endovascolari ed elastocompressive) agiscono prevalentemente sul ripristino emodinamico e sulla parete venosa. Tuttavia, tali opzioni affrontano solo parzialmente la componente algica e neuroinfiammatoria sostenuta dalle reti nervose e dalle vie nocicettive degli arti inferiori[2-6]. Da qui nasce la necessità di un **approccio conservativo integrato e multilivello**, in grado di agire contemporaneamente sull'emodinamica vascolare e sulla modulazione della sensibilità nocicettiva periferica.
Per rispondere a questa complessità patogenetica, può essere particolarmente prezioso avvalersi dell'associazione sinergica di ingredienti con bersagli complementari:

- **Diosmina e flavonoidi**: che agiscono come flebotonici, vasoprotettori e antinfiammatori. In Venoruton Advance® si trovano in forma micronizzata (Microsmin plus®), 9,4 volte più biodisponibile rispetto ad una normale diosmina micronizzata non formulata[7,8].
- **Ruscus aculeatus**: contribuisce a supportare la funzionalità del microcircolo (in caso di disturbi quali crampi, pesantezza e gonfiore delle gambe)[9].
- **Palmitoiletanolamide (Pea)**: ammide lipidica endogena (famiglia ALIAm) che modula la neuroinfiammazione "down-regolando" mastociti e microglia via Ppar-α e Trpv1, due importanti proteine recettoriali che svolgono un ruolo fondamentale nella regolazione del dolore, dell'infiammazione e del metabolismo. La Pea riduce efficacemente il dolore di tipo neuropatico e misto (bruciore, parestesie) con un ottimo profilo di sicurezza e tollerabilità[10-13].
- **Acmella oleracea**: estratto vegetale ad azione antinfiammatoria (inibizione di iNos e Cox-2 via Nf-κB) ed effetto anestetico/analgesico locale tramite il blocco dei canali del sodio voltaggio-dipendenti, particolarmente utile nel contrastare disestesie, iperalgesia e prurito[14].

L'integrazione di questi componenti all'interno di formulazioni avanzate consente di trattare sinergicamente sia la sofferenza parietale e vascolare sia la componente neuroinfiammatoria periferica.

Il Mmg come snodo cruciale

Il medico di medicina generale rappresenta il primo presidio clinico e il coordinatore centrale del percorso assistenziale della Mvc: ha la possibilità di intercettare precocemente i sintomi, condurre una rigorosa diagnosi differenziale rispetto a patologie non venose e impostare tempestivamente la terapia, consentendo di evitare ritardi diagnostici e terapeutici, migliorando la gestione delle forme avanzate e delle complicanze.
In termini operativi, la gestione iniziale della Mvc può essere proposta già dal Mmg, sia sul piano dei suggerimenti comportamentali sia per la gestione farmacologica, che può essere intrapresa già in ambulatorio, scegliendo la giusta molecola a seconda dei sintomi riferiti dal paziente. Trattamenti "multimodali" a più componenti possono in particolare rivelarsi molto utili anche in attesa di un consulto specialistico, soprattutto nei casi in cui permangano dubbi sull'eziologia dei sintomi.

Bibliografia

1. Perrin M, et al. *Int Angiol* 2016; 35: 374-98.
2. Amsler F, Blättler W. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007. DOI: 10.1016/j.ejvs.2007.09.0213.
3. Couzan SA, et al. *J Vasc Surg* 2012. 56: 1344 - 50.e1 DOI: 10.1016/j.jvs.2012.02.060.
4. Martinez-Zapata MJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 11(: CD003229.DOI: 10.1002/14651858.cd003229.pub42.
5. Rasmussen LH, et al. *Br J Surg* 2011; 98: 1079-87. doi: 10.1002/bjs.7555.
6. Brittenden J, et al. *N Engl J Med* 2019; 381: 912-22. doi: 10.1056/NEJMoa1805186.
7. Lyseng-Williamson EK, Perry CM. *Drugs* 2003; 63: 71-100.
8. Russo R, et al. *Molecules* 2018; 23: 2174.
9. Assessment report on Ruscus aculeatus L. rhizoma https://www.ema.europa.eu/
10. Clayton P, et al. *Int J Mol Sci* 2021; 22: 5305. doi: 10.3390/ijms22105305.
11. Scuteri D, et al. *Pharmaceutics* 2022; 14: 1672. doi: 10.3390/pharmaceutics14081672.
12. Schweiger V, et al. *Nutrients* 2024; 16: 1653. doi: 10.3390/nu16111653.
13. Lang-Illievich K, et al. *Nutrients* 2023; 15: 1350. doi: 10.3390/nu15061350.
14. Rondanelli M, et al. *Fitoterapia* 2020; 140: 104419. doi: 10.1016/j.fitote.2019.104419.

Venoruton Advance® è un integratore alimentare. Leggere le avvertenze