

ANNO IX - NUMERO 02 / GIUGNO 2025

medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico

Estate:

i segreti per nutrirsi bene
senza rinunce

ATTUALITÀ

Deprescrizione
farmacologica:
quando togliere è curare
p. 20

RUBRICA AI

NEW!

Non è una sfida,
è un team: perché il medico
ha bisogno dell'IA
p. 24

SIMULAZIONE

La simulazione
avanzata in Medicina
di Pronto Soccorso
p. 36

FORMAZIONE

Il ruolo attuale del MMG:
le fondamenta
e le innovazioni
p. 44



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

42°

CONGRESSO NAZIONALE SIMG

Crescita,
Innovazione, Futuro:
la formazione
ti aspetta!

SAVE THE DATE

SESSIONI VIRTUALI
dal 22 novembre 2025
al 15 dicembre 2025

SESSIONI IBRIDE
27 - 29 novembre 2025
Firenze, Fortezza da Basso

SIMG ALTA INNOVAZIONE

SIMGLab
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE



PROVIDER E SEGRETERIA



Via A. Cesalpino, 5B - 50134 Firenze
T. 055 795421
segreteria@euromediform.it

SOCIETÀ SCIENTIFICA



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

Via del Sansovino, 179 - 50142 Firenze
T. 055 700027- 055 7399199
www.simg.it

SCANSIONA IL
QR CODE E ISCRIVITI
AL CONGRESSO



ANNO IX
NUMERO 02 / GIUGNO 2025

medmagazine

La rivista trimestrale di
approfondimento medico-scientifico

Editore
Regia Congressi Srl
Via Cesalpino, 5b
50134 Firenze
medmagazine@medmagazine.info

Direttore Responsabile
Camilla Mencarelli

Direttore Commerciale
Cristiano Poggiali

Direzione Scientifica
Marco Borderi
Francesco Fattirolli
Alfonso Lagi

Hanno collaborato
a questo numero:
Marco Borderi
Iacopo Cricelli
Alfonso Lagi
Ilaria Miano
Jacopo Naitana
Luca Naitana
Loris Pagano
Stefano Luca Patania
Marco Persichini
Cristiano Poggiali
Giulio Torello
Luigi Tramonte
Marco Vatri

Intervista a:
Antonio Di Biagio

Grafica e Impaginazione
VITS.it

Stampa
PixartPrinting

Iscrizione n. 6059
del 13/07/2017
presso il Tribunale di Firenze

Iscritto al Registro Operatori
di Comunicazione al n° 30307

Il Direttore responsabile e l'Editore,
declinano ogni responsabilità in
merito agli articoli pubblicati, per i
quali rispondono i singoli Autori.

Tutti i diritti di riproduzione degli
articoli e/o delle foto sono riservati.
Ai sensi del GDPR (Regolamento
Europeo 2016/679) l'Editore garantisce
la massima riservatezza nell'utilizzo
della propria banca dati con finalità
di invio del presente periodico e/o di
comunicazioni promozionali.
Ai sensi e nelle ipotesi di cui agli
art. 16 e 17 ai suddetti destinatari è
data facoltà di esercitare il diritto di
rettifica e cancellazione o rettifica
dei dati a essi riferiti.

PUBBLICITÀ SU MEDMAGAZINE
per promuovere la tua attività
con noi è possibile:

- ▶ collaborare attraverso il
contributo di articoli, informazioni
e interventi video
- ▶ acquistare spazi pubblicitari sulla
rivista Med Magazine
- ▶ inserire banner pubblicitari sul nostro
portale www.medmagazine.info
- ▶ diventare un nostro punto di
distribuzione

INFORMAZIONI
Potete contattarci
ai numeri 055 7954 21
oppure scriverci all'indirizzo
medmagazine@medmagazine.info

in questo numero

■ Estate in forma e leggerezza: i segreti per nutrirsi bene senza rinunce	4
■ Il sole e la pelle, un rapporto complesso	6
■ Le malattie dei viaggiatori: il virus Zika	10
■ Cambiamenti climatici e malattie infettive.....	14
■ I nuovi farmaci per l'obesità, luci e ombre	16
■ Deprescrizione farmacologica: quando togliere è curare	20
■ Non è una sfida, è un team: perché il medico ha bisogno dell'IA	24
■ Un nuovo alleato nella salute mentale: il Medico di Medicina Generale esperto nella gestione del paziente con depressione e sintomi correlati	28
■ La simulazione avanzata in Medicina di Pronto Soccorso	36
■ Una nuova leadership in sanità.....	38
■ Eruzione e necrosi in un tossicodipendente	42
■ Il ruolo attuale del MMG: le fondamenta e le innovazioni	44
■ La nuova frontiera della comunicazione sanitaria: Deep Questions, Empatia e Patient Engagement	48
■ MMG e gestione del paziente con MCI	50
■ Intervista al Prof. Antonio Di Biagio	54



mm

ATTUALITÀ SANITARIA

medmagazine



Articolo a cura di
Luca Naitana e Jacopo Naitana
Biologi Nutrizionisti

ATTUALITÀ SANITARIA

Estate in forma e leggerezza: i segreti per nutrirsi bene senza rinunce

INTRODUZIONE

Con l'arrivo dell'estate, le esigenze del nostro corpo cambiano: aumenta la sudorazione, cala l'appetito e cresce il desiderio di pasti freschi e facilmente digeribili. Tuttavia, è essenziale mantenere un'alimentazione equilibrata per garantire energia, idratazione e benessere generale. Ecco alcuni consigli pratici per vivere la stagione estiva con gusto, salute e semplicità, seguendo il Metodo Wellbeing.

L'estate porta naturalmente con sé voglia di leggerezza, movimento e freschezza. Tuttavia, le alte temperature possono mettere a dura prova l'organismo, causando spossatezza, disidratazione e difficoltà digestive. La chiave per affrontare al meglio questo periodo è proprio l'alimentazione: ciò che scegliamo di mangiare può fare davvero la differenza.

Idratazione: il primo passo verso il benessere

Bere almeno 1,5–2 litri di acqua al giorno è fondamentale, ma durante la stagione calda potrebbe non essere sufficiente. È consigliato integrare la dieta quotidiana con alimenti ricchi

d'acqua come cetrioli, anguria, melone, lattuga e zucchine. Inoltre, è importante limitare il consumo di bevande zuccherate o alcoliche, poiché possono favorire la disidratazione.

Piatti leggeri, completi e colorati

Prediligere pasti semplici ma ben bilanciati è una strategia vincente. Ad esempio, un'insalata mista arricchita con cereali integrali, una fonte proteica (come legumi, pesce o uova) e verdure fresche di stagione costituisce un piatto unico sano e gustoso. L'aggiunta di semi oleosi o di un filo d'olio extravergine d'oliva può ulteriormente migliorare





La chiave per affrontare al meglio il periodo estivo è proprio l'alimentazione

l'apporto di grassi benefici per l'organismo.

Il potere dei colori nel piatto

Frutta e verdura estive, con i loro colori vivaci, sono ricche di antiossidanti e vitamine essenziali. Il betacarotene contenuto in carote e albicocche favorisce l'abbronzatura e

protegge la pelle; la vitamina C presente in fragole e peperoni rafforza le difese immunitarie, mentre il licopene e i polifenoli, abbondanti in pomodori e ciliegie,

aiutano a contrastare i radicali liberi prodotti dall'esposizione al sole.

Attenzione ai pasti fuori casa

Picnic, cene all'aperto e aperitivi: durante l'estate si moltiplicano le occasioni di socialità. È possibile vivere questi momenti senza eccessi, prediligendo piatti poco elaborati e limitando fritti, salumi e formaggi stagionati. Questo aiuta a mantenere l'equilibrio nutrizionale senza

rinunciare al piacere della compagnia e della buona tavola.

Frequenza e orari dei pasti

Con il caldo, spesso si tende a saltare i pasti, ma mantenere una regolarità alimentare è fondamentale per evitare cali energetici e sensazioni di fame eccessiva. È consigliabile preferire pasti piccoli, frequenti e ben bilanciati, puntando su alimenti facilmente digeribili e nutrienti.

CONCLUSIONI

In definitiva, l'estate è il momento ideale per riconnettersi al proprio corpo e riscoprire il piacere di una dieta naturale, fresca e consapevole. Bere molta acqua, scegliere cibi leggeri e colorati, mantenere una routine alimentare regolare e ascoltare attentamente i bisogni del proprio organismo rappresentano le chiavi per vivere al meglio questa stagione. Bastano pochi accorgimenti per sentirsi leggeri, pieni di energia e in salute, anche sotto il sole, sempre seguendo il Metodo Wellbeing.





Articolo a cura di
Luigi Tramonte
Medico di Medicina Generale
Dermatologo
Segretario Regionale Fimmg Sicilia

ATTUALITÀ SANITARIA

Il sole e la pelle, un rapporto complesso

La pelle è composta da tre strati principali: epidermide, derma e ipoderma. Riveste interamente il corpo e protegge gli organi interni.



- Si rigenera rapidamente dopo una lesione.
- Si adatta alle variazioni della dimensione corporea.

La pelle può essere anche una spia di patologie che interessano altri organi. Noi focalizzeremo la nostra attenzione sul rapporto complesso tra la pelle e il sole. Per poter comprendere meglio questo rapporto complesso bisogna considerare che la classificazione

e ghiandole. Infine abbiamo l'ipoderma che è lo strato più profondo, ricco di tessuto adiposo che fornisce isolamento e energia.

La Pelle è un organo molto importante per l'organismo umano per le importanti funzioni che svolge, infatti:

- Forma una barriera fisica ad agenti esterni
- Impedisce la disidratazione del corpo
- Impedisce la penetrazione di batteri o altri agenti patogeni
- Protegge dai danni solari grazie alla melanina che è la responsabile della pigmentazione della pelle

L'epidermide è lo strato più esterno ed è composto da cellule epiteliali che si rinnovano continuamente.

Poi abbiamo il derma che è lo strato intermedio, ricco di tessuto connettivo, vasi sanguigni, terminazioni nervose





Come in ogni rapporto complesso, anche in questo caso è importante trovare il giusto compromesso

scientifica, nota come tipizzazione cutanea Fitzpatrick (vedi Fig.1), suddivide la pelle in fototipi che variano dal **fototipo 1** (pelle molto chiara)

a **fototipo 6** (pelle molto scura). Questo sistema classifica il tipo di pelle in base alla quantità di pigmento di melanina della pelle e alla reazione della

pelle all'esposizione solare. Determinare il tipo di fototipo secondo la classificazione di Fitzpatrick può aiutare a prevedere il rischio complessivo

Fig.1

Classificazione di Fitzpatrick del tipo di pelle		
Tipo di pelle	Caratteristiche tipiche	Capacità di abbronzarsi
I	Pelle bianca pallida; capelli rossi o biondi; occhi blu/verdi; lentiggini	Brucia sempre, non si abbronza mai
II	Pelle chiara; capelli rossi o biondi; occhi blu, nocciola o verdi	Brucia facilmente, si abbronza con difficoltà
III	Bianco più scuro; qualsiasi colore degli occhi o dei capelli	A volte lieve scottatura, si abbronza gradualmente
IV	Pelle marrone chiaro	Brucia solo leggermente, si abbronza facilmente
V	Pelle marrone	Raramente brucia, si abbronza facilmente
VI	Pelle marrone scuro o nera	Non brucia mai, si abbronza sempre molto facilmente

di danni del sole e tumori della pelle. Le immagini di questo articolo ci fanno proprio vedere il diverso tipo di risposta al sole della pelle, in base al fototipo.

Riguardo i danni da Sole abbiamo quelli che possono insorgere nel breve termine come per esempio:

- eritemi acuti che si presentano come scottature della pelle di intensità e gravità variabile fino a vere e proprie ustioni che si presentano con vesciche e richiedono l'intervento del medico
- lentigo solari che sono dovute a un accumulo di melanina delimitato in un'area specifica della pelle.

In questo caso si interviene con terapie topiche o orali in base al grado di estensione

cutanea dell'ustione, a base di cortisonici, antistaminici, creme idratanti lenitive e a base di acido ialuronico.

Poi abbiamo i danni a lungo termine come per esempio

- il fotoinvecchiamento con l'accelerazione della comparsa di rughe e nella riduzione dell'elasticità della pelle fino all'insorgenza di precancerosi e tumori cutanei, quali cheratosi attiniche, epiteliomi e melanomi.

Ovviamente vanno anche evidenziati gli aspetti positivi dell'esposizione solare quali per esempio quello di indurre e stimolare la produzione di vitamina D, che permette un maggior assorbimento di calcio e quindi migliora la salute delle ossa. Inoltre, svolge un ruolo importante nel sistema

immunitario e per l'equilibrio dell'umore.

Quindi come in ogni rapporto complesso, anche in questo caso è importante trovare il giusto compromesso per poter trarre dei benefici dal sole senza subirne i danni e quindi è importante che:

- Si usino filtri solari SPF 50+, e applicarli regolarmente soprattutto se si suda o immerge in acqua
- Evitare l'esposizione solare dalle ore 12 alle ore 16
- Indossare cappelli, occhiali da sole

Come in ogni campo della medicina, anche in questo caso è importante la prevenzione e modificare i propri stili di vita, perché proteggendo il nostro corpo proteggiamo l'unico posto dove alla fine viviamo!





FORMAZIONE ONLINE
FORMAZIONE IN PRESENZA
SIMULAZIONE DI CASI CLINICI
SERVIZI INFORMATICI
ROLE-PLAY GAME
FILMATI TECNICO-SCIENTIFICI
APP PER SMARTPHONE E TABLET
AUDIOVISIVI PER E-LEARNING

VIRTUAL TRAINING SUPPORT

IL TUO PARTNER PER LA FORMAZIONE
CON STRUMENTI DI SIMULAZIONE AVANZATA



WWW.VITS.IT



Articolo a cura di

Marco Borderi

Dirigente Medico Unità Operativa Malattie Infettive,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna,
Policlinico S. Orsola-Malpighi, Alma Mater Studiorum

ATTUALITÀ SANITARIA

Le malattie dei viaggiatori: il virus Zika

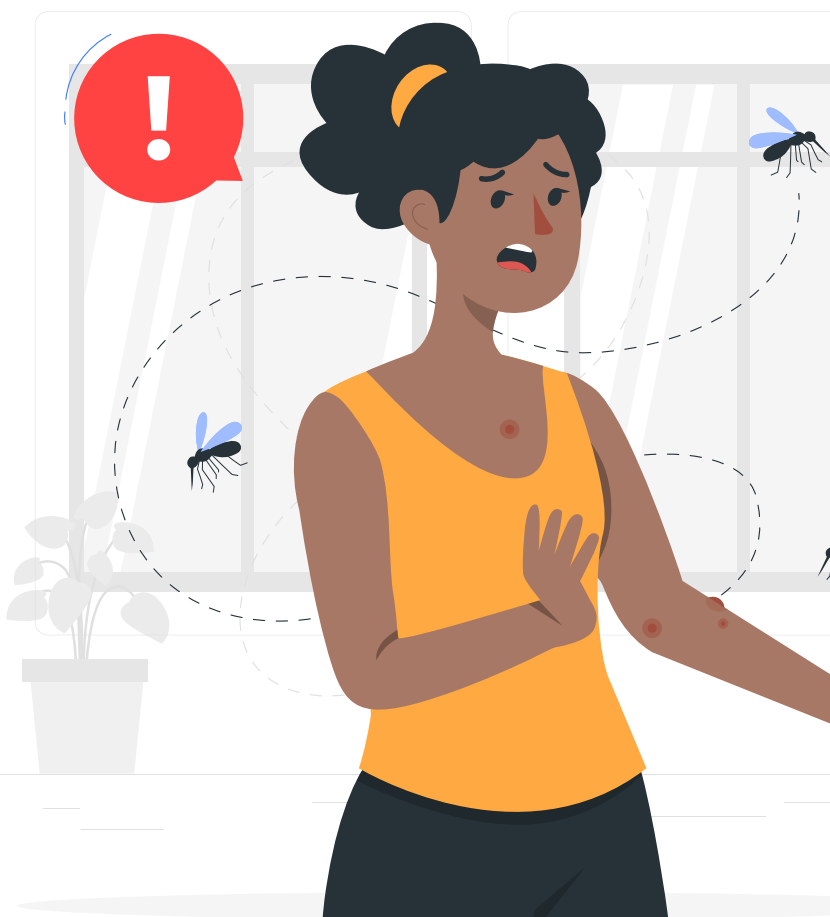
Il virus Zika è presente in forma epidemica in Sud e Centro America. E' stato scoperto nel 1947, ma per molti anni sono stati rilevati solo casi sporadici nell'uomo, in Africa e in Asia meridionale. Nel 2007, il primo focolaio documentato di malattia da virus Zika è avvenuto nel Pacifico. Dal 2013, casi e focolai di malattia sono stati segnalati dal Pacifico occidentale e dalle Americhe.

- Caraibi (Barbados, Curaçao, Repubblica Dominicana, Haiti, Saint Martin, Suriname, Isole Vergini Americane, Giamaica, Martinica, Guadalupa, Porto Rico)
- Sud America (Venezuela, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guiana Francese, Guiana, Paraguay, Brasile)
- Maldive e Thailandia
- Isole del Pacifico (Samoa Americane, Samoa, Isole Solomone, Tonga, Vanuatu)
- Capo Verde.

Data la diffusione ambientale delle zanzare, facilitata da urbanizzazione e globalizzazione, esiste la possibilità che si verifichino, a livello globale, epidemie urbane di malattia da virus Zika. La situazione epidemiologica allo stato attuale è la seguente (Organizzazione Mondiale della Sanità, Zika Situational Report):

Paesi con trasmissione autoctona in atto:

- Messico e tutta l'America Centrale (Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica e Panama)





Sono le zanzare femmina
che pungono;
si alimentano a intermittenza
e preferiscono pungere
più di una persona.

Paesi nei quali è segnalata la circolazione del virus:

Gabon e Sud Est Asiatico (Indonesia, Cambogia, Fiji, Filippine, Malesia).

Paesi con epidemie concluse:

Isola di Pasqua, Isole Cook, Polinesia Francese, Nuova Caledonia, Micronesia.

Il virus si trasmette con la puntura di zanzare del genere *Aedes* (soprattutto *Aedes Aegypti*), le stesse che trasmettono la dengue, la chikungunya e la febbre gialla. Mentre la maggior parte delle zanzare *Aedes* che possono trasmettere suddette infezioni sono stanziali solo in aree tropicali ed equatoriali, l'*Aedes Albopictus* (Zanzara Tigre) è endemico anche in alcuni paesi a clima temperato come l'Italia. Sono stati documentati anche alcuni casi di trasmissione per via sessuale, ma non è la via di trasmissione prevalente. I dati epidemiologici sembrano supportare la trasmissibilità anche dalla gravida infetta al prodotto del concepimento. La trasfusione di sangue prelevato da donatori con infezione in atto è una potenziale via di trasmissione. Sono le zanzare femmina che pungono; si alimentano a intermittenza e preferiscono pungere più di una persona. Una volta che la zanzara femmina si è completamente

alimentata, necessita di riposare 3 giorni prima di deporre le uova. Le uova possono sopravvivere fino a 1 anno senza acqua. Una volta che l'acqua è disponibile, sono sufficienti piccole quantità di acqua stagnante, le uova diventano larve e poi zanzare adulte. Le zanzare si infettano da persone portatrici del virus.

L'*Aedes aegypti* è presente nelle zone tropicali e subtropicali. Una volta era molto diffusa nell'Europa meridionale, ove sparì negli anni '50. Si presume che la sua scomparsa sia dovuta a due motivi: lo sviluppo degli acquedotti comunali che ha ridotto il numero di possibili luoghi per la deposizione delle uova e l'uso di DDT contro la zanzara della malaria che ha ucciso anche la zanzara tigre egiziana.

Oggi in Europa la zanzara tigre egiziana viene avvistata solo raramente.

L'*Aedes albopictus* in origine era diffusa nelle regioni tropicali e subtropicali dell'area sud e sud-est asiatica. Negli ultimi trent'anni si è diffusa in tutto il mondo, quindi anche nella zona mediterranea. La causa principale per la diffusione della zanzara tigre asiatica sono i trasporti di piante e di gomme usate a livello mondiale, con i quali essa viaggia come passeggero clandestino.

A differenza di altre specie di zanzare, *Aedes*

aegypti e L'Aedes albopictus sono attive di giorno e particolarmente aggressive. Le femmine depongono le uova solitamente in piccole raccolte d'acqua (o giusto sopra la superficie di piccoli specchi d'acqua): vasi, grondaie, contenitori di acqua piovana, pozzanghere. Le uova sono insensibili a periodi di siccità, perciò la zanzara tigre è perfettamente adattata ad ambienti urbani. La zanzara tigre punge l'uomo ma anche uccelli ed altri animali, perciò si suppone che possa fare da tramite fra animali infetti e l'uomo.

La zanzara Aedes non può volare a più di 400 metri. Ma può essere trasportata dall'uomo da un luogo ad un altro (ad esempio nei bagagliai delle auto, con le piante). Se sopravvive al clima della destinazione, potrebbe in teoria essere in grado di riprodursi lì e di introdurre il virus Zika in nuove aree.

L'infezione da Virus Zika è sintomatica in uno su 4 soggetti infettati. I sintomi compaiono da 2 a 7 giorni dopo la puntura di una zanzara infetta.

La maggior parte delle persone che manifestano la malattia presenta febbre e rash cutaneo. Si possono associare anche cefalea, congiuntivite, dolori muscolari e articolari e malessere generale. I sintomi di solito scompaiono spontaneamente in 2-7 giorni.

Poiché non si sono registrate grandi epidemie di virus Zika prima del 2007, si conosce poco sulle complicazioni della malattia. Durante il primo focolaio di Zika nel 2013 - 2014 nella Polinesia francese, che ha coinciso anche con un focolaio di dengue, le autorità sanitarie nazionali hanno riportato un insolito aumento della sindrome di Guillain-Barré (paralisi progressiva autoimmune). Un simile incremento di sindrome di Guillain-Barré si è verificato anche nel 2015, nel contesto del primo focolaio di virus Zika in Brasile, Venezuela e Colombia. Nel 2015, le autorità sanitarie locali in Brasile hanno anche osservato un aumento di bambini nati con microcefalia, contemporaneamente a un focolaio di virus Zika.

Le autorità sanitarie e le agenzie stanno ora

indagando sul potenziale collegamento tra microcefalia e virus Zika. La Sindrome di Guillain-Barré è una condizione in cui il sistema immunitario attacca una parte del sistema nervoso. Essa può essere causata da un certo numero di virus e può colpire persone di qualsiasi età. Quello che innescava esattamente la sindrome non è noto. I sintomi principali sono debolezza muscolare e formicolio alle braccia e alle gambe. Gravi complicazioni possono verificarsi se sono colpiti i muscoli respiratori, che richiedono il ricovero in ospedale. La maggior parte delle persone affette da sindrome di Guillain-Barré guarisce.

Le autorità sanitarie stanno attualmente indagando sul potenziale legame tra virus Zika nelle donne in gravidanza e microcefalia nei loro bambini. Fino

a quando non si saprà di più, le donne in

gravidanza o che stanno pianificando

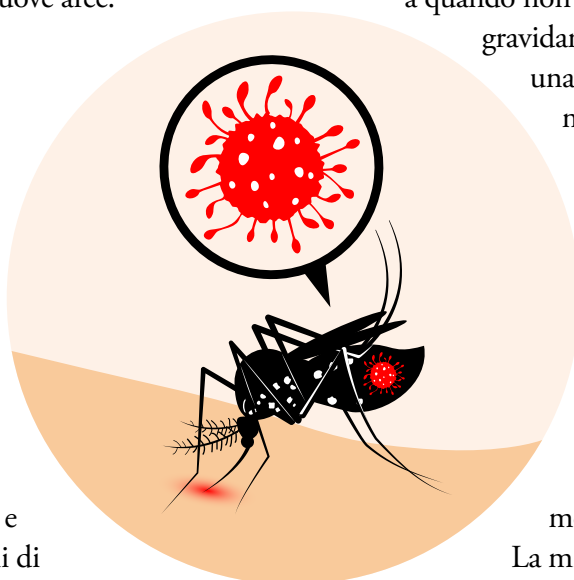
una gravidanza dovrebbero fare molta attenzione e proteggersi dalle punture di zanzara e non recarsi in paesi ove il virus sta attualmente circolando.

Le donne incinte che sono state in tali paesi durante la loro gravidanza e sospettano di avere la malattia da virus Zika, devono consultare il loro ginecologo per un attento monitoraggio della loro gravidanza.

La microcefalia è una rara condizione

in cui un bambino ha, anormalmente, una

testa piccola, dovuta ad un anomalo sviluppo del cervello del bambino nel grembo materno o durante l'infanzia. Neonati e bambini con microcefalia hanno spesso problemi cerebrali durante la crescita. La microcefalia può essere causata da una varietà di fattori ambientali e genetici come la sindrome di Down; esposizione a droghe, alcool o altre tossine nel grembo materno; e da infezione da rosolia in gravidanza. Il trattamento è sintomatico e consiste in farmaci per alleviare il dolore e la febbre, il riposo e adeguata idratazione. Se i sintomi peggiorano, consultare un medico. Non esiste un vaccino specifico contro il virus. Per la maggior parte delle persone con diagnosi di malattia da virus Zika, la diagnosi si basa sui sintomi e sull'anamnesi recente (quali punture di zanzara o viaggi in una zona interessata dalla epidemia). Indagini di laboratorio



effettuate in centri di microbiologia specializzati possono confermare la diagnosi con esami del sangue. La migliore protezione dal virus Zika è prevenire le punture di zanzara. Prevenire le punture di zanzara proteggerà le persone dal virus Zika, e da altre malattie che sono trasmesse dalle zanzare come la dengue, chikungunya e febbre gialla. Questo può essere fatto utilizzando un repellente per insetti; indossando abiti (preferibilmente di colore chiaro), che coprano il corpo il più possibile; utilizzando zanzariere a porte e finestre o dormendo sotto zanzariere. E' anche importante mantenere vuoti e puliti, o coperti, contenitori che possono contenere anche piccole quantità di acqua come secchi, vasi da fiori o pneumatici, in modo che i luoghi in cui le zanzare si riproducono vengano rimossi. L'utilizzo di larvicidi è consigliato per i ristagni d'acqua

Le autorità sanitarie stanno attualmente indagando sul potenziale legame tra virus Zika nelle donne in gravidanza e microcefalia nei loro bambini.

che non possono essere eliminati ovvero caditoie/tombini che raccolgono le acque meteoriche delle aree condominiali. I viaggiatori devono essere informati relativamente al virus Zika e alle altre

malattie trasmesse da zanzare e consultare le autorità sanitarie. Per proteggersi dal virus Zika e da altre malattie trasmesse dalle zanzare, si dovrebbe evitare di essere punti dalle zanzare, adottando le misure sopra descritte. Le donne che sono in gravidanza o che stanno pianificando una gravidanza dovrebbero seguire

queste raccomandazioni ed evitare di viaggiare verso una zona con un'epidemia di virus Zika in corso. Come misura precauzionale, alcuni governi, compresa l'Italia, hanno fornito misure di sanità pubblica e raccomandazioni ai viaggiatori, sulla base della valutazione dei fattori di rischio e delle evidenze disponibili.

REGIA
CONGRESSI

Eventi e congressi



Corsi formativi



Nuove tecnologie



Dal 1986 ci prendiamo cura dei vostri eventi congressuali a 360°

Regia Congressi nasce nel 1986 a Firenze dall'esperienza di professionisti nel settore di eventi congressuali.

Opera a tutto campo nella formazione specializzata, dai corsi FAD

sui temi più caldi della medicina contemporanea, fino alla completa gestione operativa e logistica.

Vieni a scoprire i nostri servizi su www.regiacongressi.it

CONTACT INFO: via Cesalpino, 5b 50134 Firenze (Italy) / Phone: +39 055 795421 / Email: info@regiacongressi.it



Articolo a cura di
Marco Borderi
Dirigente Medico Unità Operativa Malattie Infettive,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna,
Policlinico S. Orsola-Malpighi, Alma Mater Studiorum

ATTUALITÀ SANITARIA

Cambiamenti climatici e malattie infettive

L'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) stima che finora il pianeta si sia riscaldato di 0,7 °C, e prevede nel corso del 21° sec. un rialzo termico di circa 3 °C.

Questo avrà un impatto importante sulla nostra salute: l'OMS ha stimato che gli effetti dei cambiamenti climatici prodotti dalla metà degli anni Settanta alla fine degli anni Novanta hanno causato 150.000 morti/anno, e stima che nel 2030 la mortalità raggiungerà le 300.000 persone/anno (Stern 2007).

Il rialzo termico aumenterà l'incidenza di alcune malattie infettive, specie quelle trasmesse da animali in cui sono coinvolti un agente infettivo, un animale che lo trasmetta, un animale nel quale in microrganismo normalmente vive, e l'uomo.

Le malattie trasmesse da un vettore sono responsabili del 28,8% delle malattie emergenti degli ultimi dieci anni (Jones, Patel, Levy et al. 2008), e l'aumento risente fortemente delle anomalie climatiche di questo periodo, in quanto gli agenti infettivi e gli animali che fungono da vettori trovano un ambiente ottimale per crescere, sopravvivere, spostarsi e disseminarsi. L'epidemiologia di queste malattie infettive risente di fenomeni quali le precipitazioni, la temperatura, l'umidità e l'intensità delle radiazioni ultraviolette (Committee on climate 2001).

I microrganismi si riproducono con una velocità proporzionale alla temperatura del luogo in cui si trovano, ed un aumento della stessa può far crescere sia il tasso di replicazione del vettore (es. la zanzara), sia il numero di volte in cui punge perché ovviamente ha bisogno di più liquidi).

La modificazione degli ecosistemi locali è un elemento importante: dovremmo fare tesoro di quanto accaduto per l'epidemia di febbre della Rift Valley (malattia virale trasmessa dalla puntura di una zanzara che depone le uova in luoghi umidi) scoppiata tra dicembre 2006 e gennaio 2007, periodo in cui quella zona è stata battuta da piogge torrenziali 13 volte superiore a quella che si è avuta nello stesso periodo dell'anno precedente. Questo ha favorito la formazione di pozze di acqua nelle depressioni del terreno, terreno ideale per la deposizione delle uova delle zanzare che portano il virus responsabile della malattia. Analogamente, studiando i fenomeni climatici ciclici

connessi a El Niño (McMichael 2001), è possibile prevedere l'estendersi delle aree geografiche in cui colpiscono alcune malattie, come la dengue e la malaria. Per quanto riguarda la dengue, prima del 1970 solo nove Paesi avevano sperimentato epidemie di questa malattia, mentre oggi la malattia è endemica



in oltre cento Paesi. Secondo alcuni modelli, un aumento della temperatura di 1 °C determinerebbe un aumento del rischio di epidemia tra il 31% e il 47%, ed un aumento di 2 °C provocherebbe un innalzamento del rischio di epidemie anche alle alte latitudini e in montagna, oltre ad una maggiore durata della stagione di trasmissione (McMichael, Woodruff, Hales 2006).

La malaria, invece, ogni anno causa da 400 a 500 milioni di casi e oltre un milione di morti, e negli ultimi anni è tornata a colpire anche in zone dove normalmente non era presente a causa delle condizioni climatiche sfavorevoli alla presenza della zanzara anofele, come nelle aree montuose dell'Africa: uno scenario disegnato sulla base dei dati forniti dal progetto MARA (MApping malaria Risk in Africa) e dei modelli di cambiamento climatico prevede che nel 2100 in Africa le persone esposte alla malaria saranno il 16-28% in più al mese rispetto a oggi (Tanser, Sharp, le Sueur 2003), ed un aumento di 2 °C potrebbe esporre dai 40 ai 60 milioni di persone in più alla malaria nel solo continente africano (Stern 2007). Si ritiene che molte altre malattie infettive possano espandere la propria area a causa del cambiamento del clima: la febbre gialla, le malattie trasmesse da zecche (malattia di Lyme o alcune encefaliti), le malattie trasmesse da roditori (leptosirosi, polmonite da hantavirus), le malattie trasmesse da altri animali (leishmaniosi, schistosomiasi, morbo di Chagas), le malattie



trasmesse dall'acqua (criptosporidiosi, colera), le malattie trasmesse per via aerea (coccidioidomicosi, influenza). Il virus West Nile, originario dell'Africa, causò nel 1999 un'epidemia di meningoencefalite a New York, i quanto il virus trovò le condizioni ideali per la sua sopravvivenza, si espanse lungo la costa orientale, nella parte centrale degli Stati Uniti e arrivò fino a ovest. Nel 2007, secondo i CDC, il virus aveva colpito 3630 persone in 43 Stati. Gli elementi impattanti (e su cui investire) sono essenzialmente le condizioni socioeconomiche della popolazione, lo stato della sanità pubblica, la sorveglianza delle persone infette, il loro trattamento in zone isolate, il controllo delle attività di deforestazione e delle acque di superficie, e la presenza di programmi di sorveglianza delle zanzare.

BIBLIOGRAFIA

- *Microbial threats to health. Emergence, detection, and response*, ed. M.S. Smolinski, M.A. Hamburg, J. Lederberg, Washington D.C. 2003.
- D.M. Morens, G.K. Folkers, A.S. Fauci, *The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases*, «Nature», 2004, 430, 6996, pp. 242-49.
- J.K. Taubenberger, A.H. Reid, R.M. Lourens et al., *Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes*, «Nature», 2005, 437, 7060, pp. 889-93.
- A.J. McMichael, R.E. Woodruff, S. Hales, *Climate change and human health*, «The lancet», 2006, 367, 9513, pp. 859-69.
- *The impact of globalization on infectious disease emergence and control. Exploring the consequences and opportunities*, ed. S. Knobler, A. Mahmoud, S. Lemon, L. Pray, Washington D.C. 2006.
- R. Koenig, *Drug-resistant tuberculosis. In South Africa, XDR TB and HIV prove a deadly combination*, «Science», 2008, 319, 5865, pp. 894-97.
- A. Wright, M. Zignol, *Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report n. 4. The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance*, Geneva 2008.
- *Writing committee of the second world health organization consultation on clinical aspects of human infection with avian influenza A (H5N1) virus, Update on avian influenza A (H5N1) virus infection in humans*, «The New England journal of medicine», 2008, 358, 3, pp. 261-73.
- J.S. Peiris, L.L. Poon, Y. Guan, *Emergence of a novel swine-origin influenza A virus (S-OIV) H1N1 virus in humans*, «Journal of clinical virology», 2009, 45, 3, pp. 169-73.
- E. Miller, K. Hoschler, P. Hardelid et al., *Incidence of 2009 pandemic influenza A H1N1 infection in England. A cross-sectional serological study*, «The lancet», 2010, 375, 9720, pp. 1100-08.
- D.H. Crawford, *The invisible enemy. A natural history of viruses*, Oxford-New York 2000 (trad. it. Milano 2002).
- *Committee on climate, ecosystems, infectious diseases, and human health, Board on atmospheric sciences and climate, Division on earth and life studies, National research council, Under the weather. Climate, ecosystems and infectious disease*, Washington D.C. 2001.
- A.J. McMichael, *Human frontiers, environments, and disease. Past patterns, uncertain futures*, Cambridge 2001 (trad. it. Malattia, uomo, ambiente: la storia e il futuro, Milano 2002).
- C. Pulcinelli, E. Girardi, P. Greco, *Contagio. La Sars e il ritorno delle malattie infettive*, Roma 2003.
- F.C. Tanser, B. Sharp, D. le Sueur, *Potential effect of climate change on malaria transmission in Africa*, «The lancet», 2003, 362, 9398, pp. 1792-98.
- C.D. Hamilton, T.R. Sterling, H.M. Blumberg et al., *Extensively drug-resistant tuberculosis. Are we learning from history or repeating it?*, «Clinical infectious diseases», 2007, 45, 3, pp. 338-42.
- G. Rezza, L. Nicoletti, R. Angelini et al., *Infection with chikungunya virus in Italy. An outbreak in a temperate region*, «The lancet», 2007, 370, 9602, pp. 1840-46.
- N.H. Stern, *The economics of climate change. The Stern review*, Cambridge-New York 2007 (trad. it. Clima e vera emergenza, Milano 2009).
- *Climate change 2007. The physical science basis*, ed. S. Solomon, D. Qin, M. Manning et al., Cambridge-New York 2007.
- K.E. Jones, N.G. Patel, M.A. Levy et al., *Global trends in emerging infectious diseases*, «Nature», 2008, 451, 7181, pp. 990-93.



Articolo a cura di
Alfonso Lagi
Medico di Medicina Interna

ATTUALITÀ SANITARIA

I nuovi farmaci per l'obesità, luci e ombre

L'obesità è una malattia cronica. Si prevede che nel 2050, circa la metà delle persone sulla terra soffriranno di questa malattia. Essa si associa a molteplici comorbidità (diabete tipo 2, ipertensione, infarto del miocardio, ictus, steatosi epatica, demenza, osteo - artrite, depressione, neoplasie) e la perdita di peso è la modalità per contrastarla.

Come perdere il peso?

Tradizionalmente la dieta e lo stile di vita sono stati i caposaldi della perdita di peso. I farmaci hanno sempre avuto poco spazio perché poco efficaci e gravati da effetti collaterali. Nel complesso la messa in atto di tutte le misure possibili porta ad una perdita intorno al 5% del peso iniziale. Certo le variazioni sono notevoli in funzione delle abitudini dietetiche per cui il bulimico o l'alcolista, se riuscivano a moderarsi, ottenevano risultati ben

più consistenti. Per la gran maggioranza degli obesi però, per motivi che chiameremo genericamente metabolici, la perdita di peso è un impegno molto gravoso.

La chirurgia bariatrica ha portato importanti risultati ed è attualmente, in casi selezionati, il miglior modo non solo di perdere peso ma di mantenere il peso raggiunto. È noto infatti che a cinque anni le terapie basate sugli aspetti comportamentali e fondamentalmente sulla dieta perdono, per la maggior parte dei casi, la loro efficacia certificata dell'incapacità a mantenere il peso raggiunto.

Un po' di fisiologia

L'asse entero-insulare è un complesso sistema di segnali di origine neurale e ormonale che mette in comunicazione l'intestino e le cellule insulari.





Le variazioni sono notevoli in funzione delle abitudini dietetiche

Tra i molti ormoni liberati dall'intestino, due svolgono un ruolo preminente: il GLP-1 (peptide-1 simil glucagone) e il GIP (peptide insulino-tropo glucosio-dipendente). Questi peptidi, rilasciati dal piccolo intestino in risposta al pasto, stimolano la secrezione di insulina e sono perciò noti con il termine di incretine

Attraverso il legame con recettori specifici, il GLP-1 svolge importanti funzioni di regolazione metabolica:

- 1) stimolazione glucosio-dipendente della secrezione insulinica;
- 2) soppressione della secrezione del glucagone che si esplica sia attraverso un effetto diretto sulle alfa cellule sia attraverso la stimolazione della secrezione di somatostatina;
- 3) aumento del senso di sazietà e riduzione dell'appetito per azione a livello ipotalamico;
- 4) riduzione della secrezione acida e rallentamento dello svuotamento gastrico;
- 5) aumento della captazione di glucosio e della glicogenosintesi a livello di muscolo, fegato e tessuto adiposo.

Anche il GIP è in grado di stimolare la secrezione insulinica e di ridurre la secrezione acida gastrica

Farmacologia

Al momento attuale l'interesse, in tema di farmaci, è rappresentato dal sistema ormonale delle incretine a causa della loro maneggevolezza e dei risultati raggiunti.

Poiché il GLP-1 è un ormone rilasciato come risposta alla assunzione del cibo. Esso agisce sulle beta cellule pancreatiche, mucosa gastrica, rene, cuore, ipotalamo. La sua azione si traduce nel rilascio di insulina e, in presenza di iperglicemia, blocca la liberazione di glucagone, rallenta lo svuotamento gastrico e riduce la assunzione del cibo attraverso una azione iporessizzante.

Gli agonisti sintetici del GLP-1 messi a punto dall'industria hanno un'emivita più lunga del composto originale permettendone così l'uso terapeutico.

La *Liraglutide*, il farmaco con indicazione per l'obesità, alla dose di 3.0 mg viene somministrata una volta al giorno.

La somministrazione settimanale, con miglior gradimento da parte dei pazienti, è indicata per:

Semaglutide alla dose fra 0,5 e 2,4 mg

Tirzepatide alla dose fra 5 e 15 mg

Entrambe le molecole hanno indicazione per il diabete mellito tipo due e per l'obesità.

Indicazioni terapeutiche

Le indicazioni di questi farmaci sono il loro uso insieme ad una dieta ipocalorica e ad un incremento dell'attività fisica. Essi devono essere utilizzati nel soggetto obeso (BMI > 30) o in sovrappeso (BMI > 27) con almeno una comorbidità.

Semaglutide

Agisce favorendo la secrezione di insulina glucosio dipendente e la soppressione del glucagone.

Inibisce l'appetito, intensifica il senso di sazietà e riduce il tempo dello

svuotamento gastrico. Negli studi disponibili la perdita di peso è pari a circa il 14% del peso iniziale a 52 settimane.

Risulta più efficace della liraglutide e del placebo.

Tirzepatide

La caratteristica di questa molecola è di essere

un agonista recettoriale

doppio: del recettore per il

peptide insulino tropico glucosio

dipendente (GIP) ed del GLP-1. Per

questo viene anche indicata come "twincretin." La somministrazione contemporanea di GIP e di GLP-1 ha effetti sinergici sulla perdita del peso corporeo, sul consumo di cibo e sulla diminuzione della massa grassa. La sua somministrazione a 15 mg per 26 settimane porta una riduzione del peso pari a 11 chili.

Riduzione del peso corporeo

Alle dosi massimali la tirzepatide sembra essere più efficace della semaglutide in termini percentuali e assoluti di perdita di peso corporeo.

Una moderata perdita di peso fra 5 e 10% del basale migliora la prognosi per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, lo sviluppo di diabete il controllo della dislipidemia. Si stima che l'80 per cento dei pazienti trattati con uno dei due farmaci raggiungano l'obiettivo. La perdita di peso superiore al 10% si associa anche con il miglioramento delle apnee ostruttive e della Steatoepatite.

Si segnalano casi di resistenza ai farmaci

Infine raggiungere una corretta composizione

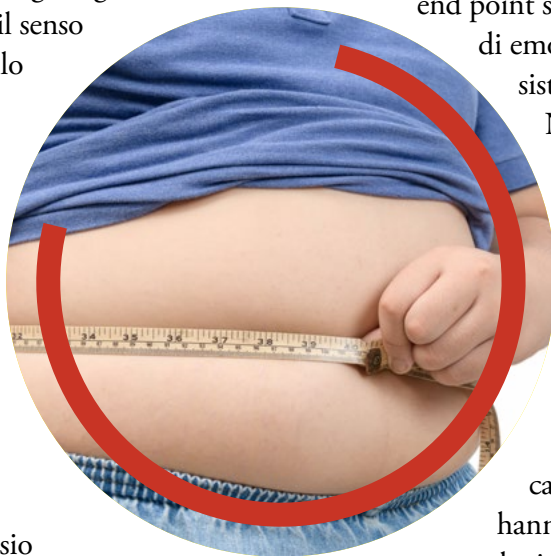
dei tessuti corporei rappresenta un altro obiettivo della terapia. Le malattie associate all'obesità sono correlate alla presenza del grasso viscerale che non è individuabile facendo riferimento al BMI o al grasso totale corporeo. Una promessa di tali farmaci è proprio quella di aumentare la massa magra e agire sulla massa grassa viscerale. Al momento attuale tutte le misure che combattono l'obesità e anche i nuovi farmaci hanno dimostrato di migliorare gli end point surrogati quali il peso, i livelli di emoglobina glicata, la pressione sistolica e la circonferenza vita.

Non vi sono dati che dimostrino un'azione di protezione o di miglioramento sulla retinopatia diabetica.

Sia la semaglutide che la tirzepatide hanno dimostrato beneficio perché hanno diminuito la mortalità

per tutte le cause, gli eventi cardiovascolari maggiori e

hanno ridotto la progressione della patologia renale nefropatie.



Sicurezza ed effetti collaterali

Non può meravigliare che dei farmaci studiati per il controllo glicemico possano essere utilizzati anche in soggetti senza diabete mellito tipo 2. In realtà alcuni episodi di ipoglicemia, dal 3 al 6%, si segnalano negli studi di registrazione per cui deve essere fatta attenzione a questo effetto collaterale.

I disturbi gastrointestinali, sono frequenti, fino all'60% delle somministrazioni, legati all'azione della molecola. A volta, nel 6 - 7% dei pazienti, si è costretti a interrompere il trattamento a causa della nausea intensa, del vomito e della diarrea che si protrae per circa una settimana, quanto dura l'azione del farmaco somministrato. Spesso l'effetto gastrointestinale è legato all'aumento della dose. Questi farmaci devono essere assunti per lungo termine come accade per i farmaci utilizzati nelle malattie croniche. Al momento attuale dobbiamo considerare alcune limitazioni: essi sono molto costosi ed il loro tempo di utilizzo è limitato soltanto due anni. È possibile che entro breve termine entrambi questi parametri possono essere modificati ma per ora essi rappresentano due forti limitazioni.

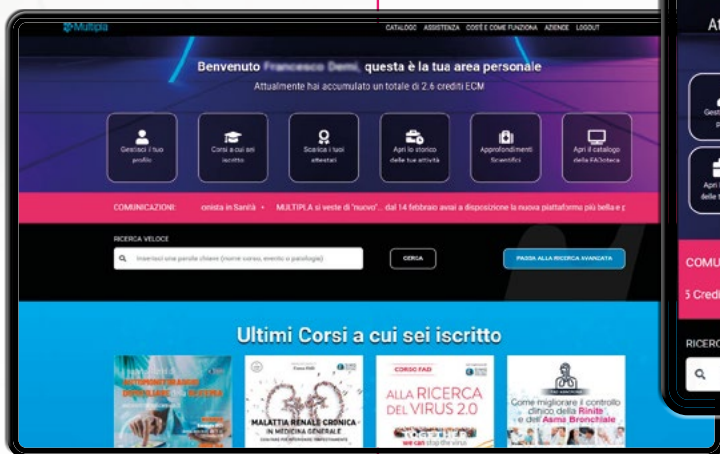


I TUOI EVENTI A 360°

Multipla.cloud è un portale dedicato ai professionisti della salute, con oltre 172.000 utenti iscritti che grazie ad **un unico account** possono seguire corsi di formazione (ECM e NON ECM)

<https://multipla.cloud>

Sempre con te
Massima compatibilità
con tutti i device smartphone
o tablet di ultima generazione





Articolo a cura di
Marco Vatri
Medico di Medicina Generale
Specializzando in Geriatria

ATTUALITÀ SANITARIA

Deprescrizione farmacologica: quando togliere è curare

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, la medicina ha visto un'espansione impressionante delle possibilità terapeutiche, con la scoperta di molti farmaci in grado di migliorare significativamente la qualità e l'aspettativa di vita. Tuttavia, a fronte di questi benefici, si è fatto strada un fenomeno meno discusso ma sempre più rilevante: la polifarmacoterapia, ovvero l'assunzione contemporanea di cinque o più farmaci. Questa condizione, comune soprattutto tra gli anziani ed i pazienti cronici, può esporre a effetti indesiderati, interazioni farmacologiche e una riduzione dell'aderenza terapeutica. È qui che entra in gioco la deprescrizione farmacologica.

Cos'è la deprescrizione?

La deprescrizione (in inglese *deprescribing*) è un processo strutturato e clinicamente guidato che mira a ridurre o interrompere l'assunzione di farmaci non più necessari o potenzialmente dannosi. Non si tratta semplicemente di "togliere" una pillola, ma di valutare attentamente, insieme al paziente, l'appropriatezza di ogni farmaco alla luce dell'età, delle condizioni cliniche attuali e degli obiettivi di cura e di sospendere quelli con un rischio/beneficio sfavorevole.

Polifarmacoterapia: i numeri di un'epidemia nascosta

In Italia, i dati dell'ultimo rapporto pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), indicano come a livello nazionale un anziano su tre (il 28,5%) assume 10 o più farmaci diversi in corso d'anno, mentre il 68% degli over 65 ha ricevuto prescrizioni per almeno 5 medicinali diversi.

Ogni ricovero ospedaliero o visita medica tende ad aumentare il numero di farmaci assunti da ogni paziente. Uno studio prospettico condotto in ospedali italiani su 1.082 pazienti anziani (età media 81 anni) ha rilevato che il 62,1% dei pazienti ha ricevuto almeno un farmaco in più alla dimissione rispetto all'ammissione e il 34,3% ha avuto un incremento superiore al 50% nel numero di farmaci prescritti.

Uno dei principali pericoli legati alla polifarmacoterapia è l'aumento delle reazioni avverse ai farmaci (*Adverse Drug Reactions* o *ADRs*). Condizioni para-fisiologiche tipiche dell'età geriatrica (come il rallentato transito intestinale, la diminuita capacità di assorbimento, il ridotto metabolismo epatico e renale, la diminuzione della volemia e alterazioni della distribuzione del grasso corporeo) influiscono significativamente sul metabolismo dei farmaci aumentando questo rischio.

Gli anziani in polifarmacoterapia hanno un netto incremento del rischio di presentare una *ADR* e tale rischio aumenta del 7-10% per ogni principio attivo aggiunto alla terapia cronica.



Non sempre aggiungere un farmaco è sinonimo di buona medicina

Talvolta l'effetto avverso di un farmaco viene erroneamente classificato come un nuovo problema clinico e porta con sé la prescrizione di un ulteriore principio attivo innescando quella che diventa "cascata terapeutica" che porta all'aumento del numero di farmaci assunti e di conseguenza il rischio di ADRs.

La polifarmacoterapia è anche associata a un maggior rischio di cadute, fratture, confusione mentale e delirium, soprattutto se vengono prescritti farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale. Inoltre, regimi terapeutici complessi riducono l'aderenza del paziente, favorendo errori nell'assunzione e scarsa efficacia delle cure.

Il processo di deprescrizione: cinque fasi fondamentali

1. Revisione completa della terapia farmacologica

Il primo passo è la raccolta sistematica e aggiornata di tutte le terapie assunte dal paziente, compresi farmaci da banco, integratori e fitoterapici. Non ci si deve basare solo sulla documentazione scritta (come lettere di dimissione o prescrizioni del medico di famiglia): è indispensabile coinvolgere il paziente e/o il caregiver e richiedere la "brown bag review", ovvero portare fisicamente tutte

le confezioni dei medicinali utilizzati. Questo approccio consente di rilevare discrepanze significative tra quanto prescritto e quanto effettivamente assunto (es. duplicazioni, assunzione di farmaci sospesi, errori di dosaggio).



2. Valutazione dell'appropriatezza terapeutica

Ogni farmaco deve essere valutato nel contesto clinico attuale del paziente, analizzando la sua indicazione, efficacia, tollerabilità, rischio di ADRs e potenziali interazioni. Strumenti validati, quali i criteri di Beers, START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) e STOPP (Screening Tool of Older People's Prescriptions), supportano questo processo fornendo linee guida basate sull'evidenza per identificare terapie inadeguate o mancanti, soprattutto in pazienti fragili.

3. Coinvolgimento attivo del paziente

Il processo di deprescrizione deve essere condiviso. Il coinvolgimento del paziente e dei caregiver è fondamentale per



comprendere aspettative, preferenze, obiettivi di cura e difficoltà pratiche nella gestione della terapia. Questo approccio, noto come shared decision making, consente di adattare le decisioni terapeutiche al vissuto del paziente e di valutare alternative non farmacologiche (ad esempio, dieta, attività fisica, supporto psicologico) che possono ridurre la necessità di alcuni farmaci. È fondamentale sottolineare che deprescrivere non significa rinunciare a curare, ma al contrario, curare meglio. Implica un approccio più centrato

sulla persona, che tiene conto della fragilità, dei valori individuali e dell'equilibrio tra benefici attesi e rischi reali.

4. Sospensione graduale dei farmaci inappropriati

La riduzione dei farmaci deve avvenire in modo graduale e controllato, preferibilmente sospendendo un principio attivo alla volta e monitorando le risposte cliniche. I farmaci candidati alla deprescrizione includono quelli privi di indicazione attuale, quelli inefficaci o non più necessari, quelli con un rapporto rischio/beneficio sfavorevole, quelli che sono parte di cascata terapeutica o quelli prescritti a scopo preventivo in pazienti con aspettativa di vita limitata.

5. Monitoraggio e rivalutazione periodica

La deprescrizione non è un atto isolato ma un processo continuo e ciclico.

È fondamentale programmare follow-up regolari per valutare l'impatto clinico delle modifiche terapeutiche, adattare il piano terapeutico alle nuove esigenze del paziente e rafforzare l'alleanza terapeutica. Questo approccio dinamico garantisce sicurezza, personalizzazione e sostenibilità del trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- Scott I.A., Hilmer S.N., Reeve E., Potter K., et al. (2015), *Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing*, in *JAMA Internal Medicine*, May;175(5):827-34.
- *L'uso dei farmaci in Italia, rapporto nazionale 2023 di Osservatorio Nazionale sull'impiego di farmaci e AIFA.*
- *Working Group on Medication Overload, (2020), Eliminating medication overload: A national action plan, Lown Institute.*

CONCLUSIONI

La deprescrizione rappresenta una sfida culturale, clinica ed etica. Richiede tempo, formazione e un cambiamento di paradigma: non sempre aggiungere un farmaco è sinonimo di buona medicina. Talvolta, saper togliere è l'atto più terapeutico che possiamo offrire.

med

RUBRICA AI

medmagazine



Articolo a cura di
Iacopo Cricelli
Genomedics Srl

RUBRICA AI

Non è una sfida, è un team: perché il medico ha bisogno dell'IA

INTRODUZIONE

Un assistente silenzioso lavora con i medici, leggendo le linee guida aggiornate, supportandolo con le migliori pratiche cliniche in tempo reale e producendo documentazione utile ai pazienti. Questa scena descrive il medico del 2030, potenziato dall'intelligenza artificiale, non in competizione con essa. Continuare a chiedersi «chi vince, l'uomo o la macchina?» è come confrontare l'elettrocardiografo con lo stetoscopio: entrambi sono strumenti, utili se usati insieme.

Gia oggi, ma sicuramente nel futuro ormai alle porte, non integrare l'IA nella clinica significherà **accettare errori clinici evitabili**. Il primo algoritmo clinico che non sbaglierà mai nascerà il giorno dopo il primo medico perfetto: **mai**. Inutile pertanto aspettare l'infallibilità da parte delle macchine (o degli umani) e concentrarsi su come integrare il meglio di entrambi.

Il caso che ha cambiato la narrazione

Un recente studio pubblicato su *Nature Cancer* ha dimostrato che la sinergia uomo-macchina non è più un'ipotesi accademica. I ricercatori hanno preso GPT-4, gli hanno

affiancato strumenti clinici specializzati: analisi radiologiche, interpretazione di vetrini istologici, accesso a linee guida oncologiche sempre aggiornate, e lo hanno lasciato lavorare su casi reali, complessi, quelli che in un tumor board fanno discutere per mezz'ora dieci specialisti. Risultato: accuratezza diagnostica al 91 %, scelta autonoma - e corretta - degli esami nel 87 % dei casi, citazioni puntuali di linee guida nel 75 %. Lo stesso GPT-4 lasciato "nudo", senza i tool clinici, si fermava intorno al 30 %. Tradotto: la potenza bruta non basta, serve un'integrazione stretta con la conoscenza medica strutturata. La lezione? Basta chiamare chatbot ciò che, una volta connesso ai dati giusti, diventa un compagno di reparto infaticabile. Non risponde più a domande a casaccio: ragiona su immagini, confronta pattern istologici, scandaglia banche dati e ti restituisce un percorso decisionale motivato, verificabile e, soprattutto, ripetibile.

Dal "buono abbastanza" alla responsabilità etica

Oggi tolleriamo, quasi senza battere ciglio, un tasso di errore diagnostico vicino all'1 %. Sembra poco finché non metti i numeri sul tavolo: in Italia fa circa 60.000 pazienti ogni





L'AI generativa e gli strumenti di precisione diventeranno presto parte integrante della pratica medica quotidiana

anno. Se domani un software, opportunamente supervisionato, riuscisse a dimezzare quella cifra, continuare a ignorarlo vorrebbe dire ammettere che quei 30 000 errori residui sono accettabili. Non lo sono. Il “buono abbastanza” diventa negligenza quando esiste un modo concreto per fare meglio. In confronto, il semplice

GPT-4 “grezzo” (senza accesso a strumenti o dati specialistici) si fermava a circa il 30% di accuratezza decisionale. In

altre parole, l'AI **integrata** con conoscenze e tool medici ha surclassato di gran lunga il modello generico.

Da “chatbot” a **assistente**

clinico: questo agente

AI non si limita a “chiacchierare”, ma

ragiona sui dati multimodali, **decide** i

passi successivi (proprio come farebbero diversi specialisti in un tumor

board) e **supporta** il medico

con un percorso decisionale motivato e verificabile. Funziona come un team multidisciplinare

virtuale, non come un giocattolo tecnologico isolato. Significativamente, grazie all'uso di strumenti specializzati e all'accesso a fonti evidence-based, il sistema ha ridotto drasticamente le *hallucinations* (le risposte apparentemente plausibili ma sbagliate) rispetto a un modello generico.

Questo approccio mostra che l'AI può davvero migliorare accuratezza e sicurezza, a patto che sia progettata per integrarsi con le conoscenze mediche esistenti invece di improvvisare soluzioni. Come sottolinea il prof. Jakob Kather, co-autore dello studio, questi agenti sono concepiti per **supportare** i clinici, «mai per sostituirli», mantenendo il medico al comando delle decisioni finali. Siamo di fronte a un esempio concreto di **medicina aumentata**, in cui la somma di medico + AI supera ciò che entrambi potrebbero fare da soli.

Tre mosse per accelerare l'alleanza Medico-IA

1. Second opinion automatica

Ogni referto dovrebbe passare, by-default, sotto l'occhio di un sistema AI addestrato su linee guida e grandi database di casi reali. Non



delegando ovviamente la decisione finale ma offrendo un confronto immediato, sollevando eventuali dubbi ed evidenziando alternative terapeutiche. Come avere un collega che lavora h24 e suggerisce: “Guarda che qui potresti esserti perso un dettaglio”.

2. Registro incidenti in stile aviazione

Nel trasporto aereo ogni incidente-mancato finisce in un database condiviso: tutti imparano, l'errore del singolo diventa conoscenza collettiva. In medicina serve lo stesso approccio: che l'errore sia umano o dell'algoritmo poco importa, l'essenziale è analizzarlo e diffonderne le cause. Solo così il sistema medico-AI può migliorare in modo continuo e verificabile.

3. Kill-switch clinico

Il comando di emergenza deve restare nelle mani del medico. Un clic per spegnere l'AI quando la situazione esce dal seminato, nelle situazioni in cui i dati non sono sufficienti o serve quella sensibilità che ancora nessuna rete neurale possiede. Non è diffidenza tecnologica: è una rete di protezione che garantisce che l'AI rimanga strumento, non padrone.

Chiamata all'azione

Non è più tempo di dispute tra uomo e macchina in corsia e in ambulatorio. Il vero progresso consisterà nel creare **team ibridi** in cui l'errore residuo, inevitabile sia per l'uomo che per l'algoritmo isolati, venga **condiviso, analizzato e ridotto insieme**. L'AI generativa e gli strumenti di precisione, inseriti nel flusso di lavoro clinico, diventeranno presto parte integrante della pratica medica quotidiana. Chi si ostina a considerarli un *optional* dovrà rispondere, in termini etici oltre che clinici, degli errori evitabili che avrebbe potuto prevenire.

D'altronde, accetteremmo oggi per noi o per i nostri figli **errori clinici evitabili** sapendo che una tecnologia validata avrebbe potuto scongiurarli?

La risposta, tanto provocatoria quanto ovvia, traccia la rotta da seguire: costruire sin da ora un'alleanza virtuosa tra medici e intelligenza artificiale, perché il futuro standard di cura ci impone di **fare meglio quando possiamo farlo**.





m

CERTIFICAZIONE

medmagazine



Articolo a cura di
Cristiano Poggiali
Direttore Commerciale SA Certification
Gruppo MedUpdate

CERTIFICAZIONE

Un nuovo alleato nella salute mentale: il Medico di Medicina Generale esperto nella gestione del paziente con depressione e sintomi correlati

La sfida della depressione nella Sanità di oggi

Negli ultimi anni la salute mentale è diventata una priorità di primo piano per i sistemi sanitari di tutto il Mondo. Tra i disturbi mentali più diffusi, la depressione si conferma come una delle principali cause di disabilità, con un impatto notevole sulla qualità di vita dei pazienti, sui costi sanitari e sull'organizzazione dei servizi di assistenza.

In Italia, come in molti altri Paesi, il primo punto di contatto per un paziente con sintomi depressivi è spesso il **Medico di Medicina Generale (MMG)**.

È il medico di famiglia a raccogliere i segnali iniziali, a valutare il disagio del paziente e, in molti casi, a iniziare un percorso di cura. Tuttavia, la gestione della depressione è complessa: richiede competenze specifiche, aggiornamento costante e la capacità di distinguere le situazioni affrontabili in ambito territoriale da quelle che necessitano dell'intervento di uno Specialista.

Un progetto con solide basi scientifiche e istituzionali

Per rispondere a questa esigenza, in SA Certification abbiamo sviluppato un nuovo progetto per la creazione di un profilo professionale certificato:

il MMG esperto nella gestione del paziente con depressione e sintomi correlati.

Si tratta di un'iniziativa innovativa, sviluppata grazie al contributo non condizionante di **Lundbeck Italia SpA**, che punta a qualificare ulteriormente il ruolo del medico di medicina generale nella cura dei disturbi

depressivi. La realizzazione del progetto poggia su basi scientifiche e istituzionali solide. SA Certification - ente di certificazione accreditato da Accredia - ha coinvolto un board scientifico multidisciplinare di alto profilo per definire questo percorso. In linea con la propria missione di promuovere qualità, trasparenza e valorizzazione delle competenze in Sanità, l'ente ha riunito esperti provenienti da diverse aree: due Medici di Medicina Generale designati dalla **SIMG** (Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie), uno





Il medico esperto può riconoscere la presenza di altre patologie concomitanti

psichiatra, un farmacologo clinico e rappresentanti tecnici di SA Certification. Insieme, questi Specialisti hanno lavorato per delineare un profilo professionale che rispecchiasse le esigenze della pratica clinica quotidiana e fosse basato su criteri rigorosi, condivisi e misurabili. Il risultato di questo lavoro è un profilo di certificazione conforme alla norma **UNI EN ISO 17024:2012** - lo standard internazionale per la certificazione delle persone - che garantisce un processo imparziale e trasparente, con validità

riconosciuta anche a livello internazionale. In altre parole, le competenze del medico vengono validate secondo parametri oggettivi e di qualità, offrendo

garanzie sia ai professionisti sia ai pazienti e alle istituzioni.

Chi è il "MMG esperto" nella gestione della depressione?

Il Medico di Medicina Generale esperto nella gestione del paziente con depressione è un medico di famiglia che, oltre alle competenze generali della professione, ha acquisito conoscenze e abilità specifiche nella gestione dei disturbi depressivi e dei sintomi correlati. Grazie a questa formazione avanzata, il MMG esperto - a titolo esemplificativo e non esaustivo - è in grado di:

- **Riconoscere precocemente** i segni e i sintomi della depressione, anche nelle fasi iniziali o

Nel contesto sanitario contemporaneo, possedere delle competenze non significa solo aver conseguito un titolo di studio, ma saper tradurre le conoscenze in azioni cliniche efficaci, aggiornate e aderenti alle linee guida.

- meno evidenti;
- **Distinguere** tra forme lievi, moderate e gravi di depressione, valutando il livello di severità del disturbo;
- **Avviare e monitorare trattamenti** farmacologici e/o interventi psicoeducativi di primo livello, seguendo le linee guida vigenti;
- **Individuare i casi complessi** che richiedono l'invio allo Specialista (psichiatra o psicoterapeuta) per una gestione di secondo livello;
- **Monitorare nel tempo** l'andamento clinico del paziente e l'aderenza alla terapia, prevenendo ricadute o cronicizzazioni;
- **Promuovere la gestione integrata** con altri attori del sistema sanitario, coordinandosi con specialisti, servizi di salute mentale e risorse comunitarie.

Perché certificare le competenze?

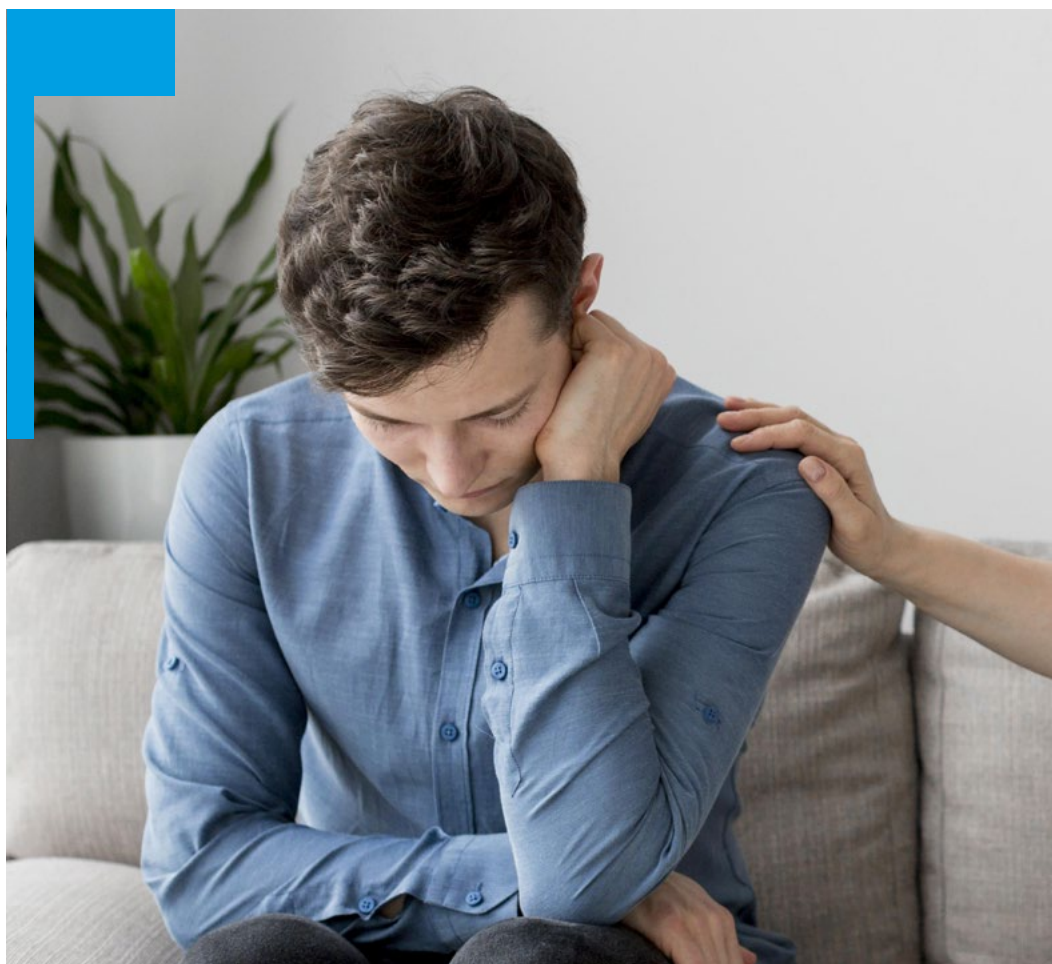
Nel contesto sanitario contemporaneo, possedere delle **competenze** non significa solo aver conseguito un titolo di studio, ma saper tradurre le conoscenze in azioni cliniche efficaci, aggiornate e aderenti alle linee guida. Tuttavia, le competenze avanzate maturate sul campo spesso non sono inquadrare dall'esterno né facilmente riconoscibili da colleghi, pazienti o istituzioni. Questo può comportare una scarsa valorizzazione del ruolo effettivo svolto dal medico di medicina generale nella gestione di patologie complesse come la depressione. Qui entra in gioco la

certificazione delle competenze: un processo formale, volontario e indipendente tramite cui un ente terzo accreditato verifica che un professionista soddisfi criteri rigorosi di preparazione, esperienza e aggiornamento continuo. In questo caso, SA Certification agisce da ente certificatore imparziale, valutando il medico secondo uno schema di certificazione in linea con standard predefiniti. Ottenere la certificazione conferisce un valore sociale a ciò che il medico sa fare, rendendo **ufficialmente attestata** la sua preparazione in quest'area. Ciò rafforza la fiducia dei pazienti e dei colleghi nei suoi confronti e migliora la trasparenza verso i cittadini, che possono contare su professionisti con competenze verificate. In sintesi, certificare

significa riconoscere in modo oggettivo l'expertise del medico, a beneficio di tutto il sistema sanitario.

I vantaggi per il medico: riconoscimento, crescita e autorevolezza

Per un Medico di Medicina Generale, ottenere la certificazione come esperto nella gestione della depressione rappresenta molto più di un semplice traguardo formale. Significa vedere **riconosciute e validate** competenze sviluppate in anni di pratica clinica e formazione specifica. Il medico certificato può dimostrare in



modo tangibile - a colleghi, pazienti e istituzioni - la propria expertise in un ambito delicato e in continua evoluzione, acquisendo un prestigio professionale maggiore. Inoltre, questo riconoscimento ufficiale può far sì che il medico di famiglia certificato diventi una **figura di riferimento** nel proprio territorio. Può facilitare la costruzione di reti di collaborazione con specialisti (psichiatri, psicologi, servizi di salute mentale) e contribuire attivamente alla promozione della salute mentale nella comunità. Ad esempio, grazie alla sua preparazione, può organizzare incontri formativi per altri medici, partecipare a progetti di educazione sanitaria sulla depressione e guidare iniziative

locali di prevenzione. In tal modo il MMG esperto eleva il livello di attenzione verso la salute mentale in ambito primario e favorisce una maggiore integrazione tra assistenza primaria e secondaria. Va sottolineato che una certificazione indipendente, strutturata e riconosciuta costituisce anche un segnale chiaro di **qualità, impegno e affidabilità**. Per il medico certificato, questo attestato ufficiale accresce l'autorevolezza professionale e consolida la fiducia che i pazienti ripongono in lui. Sapere di poter contare su un professionista con competenze certificate rende infatti il rapporto medico-paziente più saldo, e motiva il medico a proseguire nel proprio percorso di crescita e aggiornamento continuo.

I benefici per i pazienti: diagnosi precoce, cura più accessibile e continuità

Dal punto di vista del paziente, sapere che il proprio medico di famiglia possiede competenze certificate nella gestione della depressione può fare una differenza significativa. In pratica significa potersi affidare con maggiore fiducia, ricevere ascolto e interventi tempestivi, ed evitare ritardi diagnostici o il ricorso prematuro e inappropriato allo specialista. La presenza di un "alleato" competente in ambito mentale nell'ambulatorio sotto casa rende le cure più vicine e accessibili, riducendo le barriere all'assistenza.

In particolare, la figura del MMG esperto può migliorare:

- **L'accessibilità e tempestività delle cure:** il medico di famiglia è facilmente raggiungibile dal paziente e, con la sua formazione specifica, può iniziare immediatamente la terapia appropriata senza lunghe attese per una visita specialistica;
- **La riduzione dello stigma:** potersi confrontare sulla propria salute mentale con il medico di base, in un ambiente familiare e non etichettante, aiuta il paziente a vivere la depressione come una malattia curabile e non come un marchio sociale. Un approccio empatico e informato da parte del medico riduce la vergogna e incoraggia più persone a chiedere aiuto;
- **L'aderenza terapeutica:** grazie al rapporto di fiducia





consolidato e ai controlli regolari, il medico di famiglia può motivare il paziente a seguire con costanza la terapia (farmacologica e/o psicologica), affrontando eventuali effetti collaterali o dubbi in tempo reale. Ciò aumenta le probabilità di successo del trattamento.

Inoltre, un medico ben formato è in grado di cogliere situazioni a rischio correlate alla depressione con maggiore prontezza. Ad esempio, può riconoscere la presenza di altre patologie concomitanti (comorbidità con disturbi cronici, abuso di sostanze, ecc.) che possono aggravare il quadro depressivo, oppure identificare tempestivamente i pensieri suicidari e agire di conseguenza. Questa vigilanza aggiuntiva si traduce in interventi più efficaci e in una maggiore sicurezza per il paziente durante tutto il percorso di cura.

I benefici per il sistema sanitario: efficienza, sostenibilità e decongestionamento

Non meno rilevante è il potenziale impatto positivo sul funzionamento complessivo del sistema sanitario. Formare e certificare MMG esperti nella gestione della depressione significa rafforzare l'assistenza territoriale, ridurre la pressione sui servizi specialistici e ottimizzare l'allocazione delle risorse disponibili. In concreto, i benefici per il sistema includono:

- **Maggiore efficienza del sistema sanitario:** un coinvolgimento più attivo dei medici di famiglia nella presa in carico della depressione permette di ottimizzare i percorsi di cura. Si evitano duplicazioni di interventi e ogni paziente viene indirizzato fin dall'inizio

verso il livello di assistenza più appropriato (territoriale o specialistico), con un uso più razionale delle risorse;

- **Migliore sostenibilità:** gestire precocemente i disturbi depressivi in un contesto di cure primarie riduce il rischio di aggravamenti che richiederebbero interventi molto più onerosi (come ricoveri ospedalieri o trattamenti specialistici prolungati). Questo rende l'intero sistema più sostenibile nel lungo termine, perché previene sprechi e costosi interventi tardivi;
- **Riduzione dei costi sanitari:** una diagnosi e un trattamento tempestivi sul territorio comportano minori costi per il Servizio Sanitario. Si registrano meno accessi impropri al pronto soccorso, minori richieste di esami diagnostici o visite specialistiche non strettamente necessarie, e un contenimento delle terapie d'emergenza. Nel

complesso, intervenire prima e meglio significa anche ridurre i costi diretti legati alla gestione della depressione;

- **Decongestionamento dei servizi specialistici:** con più pazienti seguiti efficacemente dal medico di base, i centri di salute mentale e gli ambulatori specialistici possono concentrare le loro risorse sui casi più gravi e complessi. Ciò si traduce in liste d'attesa meno lunghe e in una migliore qualità dell'assistenza specialistica per chi ne ha realmente bisogno;
- **Rafforzamento della medicina territoriale:** questo progetto valorizza il ruolo della medicina generale nella tutela della salute mentale, creando una rete di intervento più capillare. Il MMG esperto diventa un pilastro sul territorio, integrando la propria attività con quella degli specialisti in un'ottica di team. Ne deriva una maggiore integrazione tra i vari livelli di cura e una continuità assistenziale senza soluzione di continuità dal territorio all'ospedale, a beneficio del paziente.

In definitiva, coinvolgere i medici di medicina generale in prima linea nella lotta alla depressione rende il sistema sanitario più **efficiente, sostenibile e vicino** alle esigenze reali della popolazione, distribuendo meglio il carico di

lavoro e le risorse tra assistenza primaria e specialistica.

I benefici per la società: impatto socio-economico e prevenzione del disagio

Oltre a migliorare l'organizzazione sanitaria, un'iniziativa di questo tipo porta benefici tangibili all'intera società. I disturbi depressivi hanno infatti un forte **impatto socio-economico:** sono tra le principali cause di perdita di produttività e di richieste di supporto assistenziale. Ogni anno la depressione comporta costi elevatissimi sia in termini di cure mediche sia di conseguenze sociali (giornate di lavoro perse, pensionamenti anticipati per invalidità, bisogno di assistenza per le famiglie). Intervenire in modo più efficace e diffuso sulla depressione significa anche **ridurre questo peso socio-economico:** se più persone ricevono aiuto tempestivo e guariscono o stabilizzano prima, la società beneficia di

individui che possono rimanere attivi nella comunità e nel mondo del lavoro, con meno necessità di supporti assistenziali a lungo termine. Infine, l'importanza di disporre di una

rete territoriale capillare e competente si riflette in una maggiore equità e coesione sociale. Garantire presidi di

salute mentale competenti in ogni comunità significa che anche nelle aree remote o tra le fasce di popolazione tradizionalmente meno propense a rivolgersi allo specialista, vi è un accesso facilitato alle cure. Il medico di famiglia formato diventa un punto di riferimento locale facilmente raggiungibile, integrato nel tessuto sociale, in grado di normalizzare la richiesta di aiuto per depressione. Ciò contribuisce a una società più consapevole e attenta al benessere psicologico, in cui la salute mentale viene affrontata in modo diretto e alla pari della salute fisica. Al di là degli aspetti tecnici e organizzativi, investire sulla formazione e sul riconoscimento professionale di chi si prende cura della salute mentale è anche un **atto di responsabilità sociale**. Significa affermare il valore della persona e la dignità della sofferenza psichica, ribadendo la centralità della relazione di cura. In un'epoca in cui l'isolamento, l'insicurezza e la fragilità emotiva sono problematiche sempre più diffuse, disporre di figure mediche competenti, accessibili e riconosciute sul territorio rappresenta un patrimonio prezioso per la comunità. Il Medico di Medicina Generale esperto nella gestione della depressione incarna una nuova visione del prendersi cura: più **vicina** al paziente, più **competente** sul piano specialistico e più **consapevole** dell'importanza della salute mentale. Su questa visione si fonda l'intero progetto, con l'obiettivo di offrire un contributo concreto, misurabile e profondamente umano al futuro della salute mentale nel nostro Paese.





SA CERTIFICATION

L'ENTE DI CERTIFICAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI

ACCREDITATO DA



SECONDO LA NORMA UNI CEI EN ISO/IEC 17024:2012



Vieni a scoprire le certificazioni che rilasciamo

www.sa-certification.it

mm

SIMULAZIONE

medmagazine



La simulazione avanzata in Medicina di Pronto Soccorso

INTRODUZIONE

La simulazione avanzata sta trasformando la formazione dei medici di pronto soccorso, superando i limiti dei corsi tradizionali. Questo approccio è cruciale per l'acquisizione e il perfezionamento di competenze avanzate in medicina d'emergenza, come la gestione di eventi trombotici maggiori e la comunicazione efficace.

come il SimulaHub offrono un'immersione completa, replicando le dinamiche di un vero pronto soccorso e permettendo ai partecipanti di affrontare scenari clinici realistici in un contesto sicuro.

Miglioramento delle performance cliniche in un contesto sicuro

La simulazione fornisce un ambiente standardizzato e sicuro dove i medici possono praticare procedure e affinare le

Un esempio recente di questa evoluzione è il "Corso teorico-pratico di simulazione avanzata: competenze avanzate nella gestione degli eventi trombotici maggiori e della comunicazione in medicina critica e dell'emergenza". Organizzato da Euromediform, il corso si è svolto a Parma il 16 e 17 maggio 2025 presso il Centro di Formazione, Innovazione e Ricerca SimulaHub di Accurate. I vantaggi della simulazione rispetto alle lezioni frontali sono molteplici:

Esperienza immersiva e realistica

La simulazione ad alta fedeltà (HFS) con paziente robotizzato

replica fedelmente la gestione di patologie complesse, come quelle trombotiche. Ambienti



capacità decisionali senza rischi per pazienti reali. La possibilità di imparare dagli errori in un ambiente protetto è un beneficio inestimabile che le lezioni frontali non possono offrire. Le stazioni di "Role Playing in Simulazione: HFS con Paziente Robotizzato" sono state fondamentali per testare e migliorare le competenze cliniche.

Sviluppo delle competenze non tecniche (Soft Skills)

Il corso ha affrontato la comunicazione in scenari di emergenza-urgenza, includendo temi come la comunicazione del decesso e la comunicazione nel team. Le "Stazioni di Microsimulazione" su "Comunicazione nell'ambito della medicina di pronto soccorso" hanno permesso ai partecipanti di praticare queste abilità cruciali, spesso trascurate nei curricula tradizionali, ma vitali per la gestione efficace del paziente e del team. La simulazione permette di esercitare attivamente la comunicazione e ricevere feedback immediato, a differenza delle lezioni frontali.

Apprendimento attivo e personalizzato

La divisione in piccoli gruppi per le attività pratiche garantisce attenzione e feedback individuali, un approccio superiore all'ascolto passivo. I "debriefing" al termine di ogni giornata di simulazione hanno consolidato il processo formativo attraverso la riflessione critica.

Valutazione obiettiva e continua

La simulazione consente una valutazione oggettiva delle performance tecniche e non tecniche. La prova pratica e il questionario di valutazione dell'evento assicurano l'effettiva acquisizione delle competenze, andando oltre la mera frequenza. In conclusione, la simulazione avanzata, integrando macro e microsimulazione, offre

un'esperienza formativa completa e superiore ai metodi tradizionali. Permette ai medici di pronto soccorso di immergersi in scenari realistici, praticare in sicurezza, sviluppare competenze comunicative essenziali e ricevere feedback personalizzati. Questo non solo migliora le performance individuali, ma eleva anche lo standard complessivo della cura in medicina critica e dell'emergenza, rappresentando il futuro della formazione medica.





Articolo a cura di
Stefano Luca Patania
PCC Health & Executive Coach, Licensed NLP Coach
Membro del Comitato Scientifico Associazione Italiana
Health Coaching (AIHC)



HEALTH COACHING

Una nuova leadership in sanità

INTRODUZIONE

La trasformazione digitale nelle organizzazioni ed in Sanità riguarda principalmente le persone, in un intreccio di Mission e complessità. Purtroppo, i modelli classici di management risultano inefficaci nel fornire risposte adeguate a temi quali il Benessere Organizzativo, la necessaria evoluzione delle skills individuali e una metodologia Health, che si confrontino con la prospettiva digitale. Questo accresce le difficoltà del manager.

Sono stati individuati alcuni elementi della Trasformazione Umanistica come possibili ispiratori di una evoluzione manageriale efficace e innovativa. Inoltre, il Manifesto internazionale sull'Umanesimo Digitale definisce i criteri per una digitalizzazione sostenibile. L'obiettivo ottimale è consentire ai Manager di gestire efficacemente l'interazione uomo-algoritmo, definire e sviluppare le skills professionali proprie e dei collaboratori, e trovare un solido riferimento per il superamento di criticità quali il Distress Morale ed il Burn-out.

I classici approcci di sviluppo delle persone e della leadership si sono rivelati fallimentari nel generare una classe dirigente capace di innovare. Nel campo della sanità pubblica, la situazione è ancora peggiore, e molti modelli di learning organization proposti sono falliti perché l'implementazione dei manager e degli executives è risultata pienamente ancor più inefficace. Infatti, il mondo Health necessita di un people and leadership development molto più articolato e complesso del mondo aziendale classico: le implicazioni etiche,

scientifiche e sociologiche sono molto più impattanti. Per questo motivo, in momento di crisi del training, consulting e coaching, il mondo sanitario è stato ancora più colpito dall'inadeguatezza di questi metodi classici di tipo taylorista. Oggi è possibile fare riferimento ad uno strumento più adeguato per la necessaria evoluzione: il nuovo modello di Health Coaching.

I professionisti sono il fulcro dell'assistenza sanitaria. Sono spesso sottoposti a pressioni



L'Health Coach lavora sia a livello del singolo che a livello del Team per poter prevenire criticità

per lo più multifattoriali, determinate dall'ambiente di lavoro, dai pazienti, dalle condizioni operative. Quando questa pressione diventa insopportabile, può verificarsi un crollo della resilienza, che assume forme diverse a seconda dell'individuo e delle situazioni: il disagio morale è la forma principale. Direttive e consapevolezza di sé entrano in conflitto, guidate dal senso di scopo e del dovere. L'Health Coaching promuove una condizione di efficienza e benessere, offrendo supporto agli operatori sanitari e ai pazienti. È stata condotta una ricerca filologica per identificare le basi razionali, etiche e morali che possono aumentarne l'efficacia. Le principali forme di esaurimento della

**Il mindset dirigenziale
è rimasto indietro
rispetto alle esigenze
reali. Esso rimane simile
al management di altri
contesti organizzativi
aziendali.**

resilienza dei caregivers sono rappresentate dal Burnout. L'impossibilità di agire secondo i propri Valori, i propri principi etici, le proprie norme morali, alla lunga può provocare di per sé una serie di sintomi fisici, emozionali

e psicologici, che possono aumentare il rischio di un crollo psicologico. È emerso un legame neuroscientifico tra comportamento, disagio morale e conseguente impatto emotivo, con implicazioni sulla resilienza degli operatori sanitari. Tutte

le scuole di Coaching che hanno preso in considerazione il benessere individuale si sono rivolte alla configurazione dei Valori (principi etici e morali). In generale, sembra che

l'eccesso di performance nelle organizzazioni abbia generato problemi per il benessere individuale. Oggi sappiamo che i filtri percettivi possono essere autoindotti dal cuing endogeno, in cui l'orientamento dell'attenzione è volontaria, guidata dagli scopi del partecipante.

La necessità di una intenzione originaria pura relativa all'Health Coaching è diversa dalle classiche scuole di Executive Coaching basato sulla Performance.

Purtroppo oggi non si considera abbastanza questa componente, che invece è fondamentale per l'equilibrio e il Benessere del professionista sanitario.

Spesso è lo stesso ambiente in cui egli opera e la pressione organizzativa che gli impedisce di operare come vorrebbe.

Questo genera un disagio che, a lungo termine, può risultare nocivo per lui e per qualità dell'assistenza.

A fronte di una necessità sempre maggiore di ingaggio e condivisione a livello di assistenza sanitaria, i manager della sanità si sono invece concentrati prevalentemente su di uno stile direttivo utilitaristico top-down preoccupato soprattutto di somministrare obbiettivi. Questo ha provocato conseguentemente il fallimento del cambiamento culturale teso all'inclusione ed alla qualità desiderata.

Il mindset dirigenziale è rimasto indietro rispetto alle esigenze reali. Esso rimane simile al management di altri contesti organizzativi aziendali. Altre volte sono le aspettative dell'operatore stesso ad essere poco realistiche (promesse sulle prognosi al paziente, accanimento terapeutico), o è il Team che può compromettere con vari meccanismi l'efficacia

di azione del protagonista. L'Health Coach lavora sia a livello del singolo, che a livello del Team per poter prevenire nel lungo termine queste criticità, collaborando eventualmente con il Manager o lo Psicologo. Svolge questa attività di empowerment, mediante un percorso

di partnership con il professionista sanitario relativamente ad atteggiamento, consapevolezza, capacità di utilizzare al meglio le proprie risorse per sé stesso, per il paziente e per il Team.

La Associazione Italiana Health Coaching (AIHC), con a emanazione del proprio sistema di Competenze

(fig. 1), si è oramai

distinta dallo stile del Performance Coaching, pur mantenendone il pragmatismo e lo schema metodologico. Tende a colmare la distanza talvolta conflittuale tra Performance e Benessere, che

invece l'Health Coach è portato naturalmente a facilitare nel proprio cliente. Pare evidente che le esperienze, la mentalità, le convinzioni, l'imprinting culturale dell'Health Coach condizionano le sue buone intenzioni. Per questo motivo, una maggiore chiarezza ed ispirazione di un modello Umanistico ed Etico per il Benessere, come il nuovo sistema di Competenze, renderà gli Health Coach molto più efficaci nel dare supporto al Manager Sanitario, proprio nella sfida più importante dell'essere umano: la propria Salute. Egli sarà in grado di sentirsi più forte, ispirato e potente nel poter affrontare i nuovi impegnativi scenari. Il Coaching ha affrontato in passato questo problema da diversi punti di vista: il dilemma interiore basato sui Valori. Un approfondito studio legato all'Etica Umanistica sembra indicare il fattore Etico come la chiave per

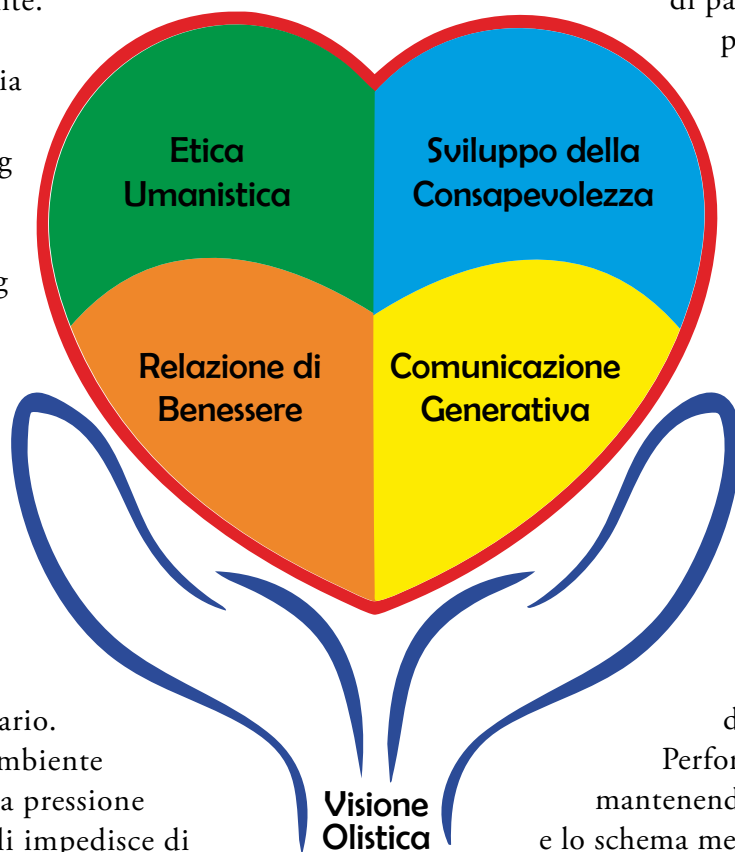


fig. 1

rendere l'intervento dell'Health Coach ancora più efficace e potente. Ne emerge una visione globale che sembra in grado di dare una logica comune allo sviluppo manageriale.

L'Health Coaching basato sull'etica si prende cura della persona e quindi dei professionisti sanitari con assoluta priorità e senza compromessi.

CONCLUSIONI

Il nuovo sistema delle Competenze di Health Coaching AIHC rappresenta una chiave per comprendere le dinamiche attuali che si presentano ai Manager Sanitari. Mentre oggi il top management si concentra sugli obiettivi, gli operatori sanitari sono sempre più coinvolti sul lato umano. L'Health Coaching guida i Manager verso lo sviluppo di una nuova Leadership che porti verso l'empowerment. Una trasformazione culturale dove si passa realmente dal "fare a" al "fare con". Il mondo morale ed etico del contesto e della persona diventa protagonista e viene esplorato più approfonditamente, per consentire una maggiore consapevolezza e capacità di gestire i dilemmi etici. Ciò genererà un ambiente di lavoro più equilibrato in termini di norme morali.

Sarà possibile agire in modo efficace e sostenibile per lo sviluppo della Performance Generativa a livello individuale, di team e nell'organizzazione sanitaria. Una Leadership che apre alla possibilità di ripensare in chiave veramente moderna le attuali sfide del futuro dell'assistenza sanitaria.



Simulazione Sanitaria ad Alta Fedeltà

Accurate
Learn. Practice. Improve.

VITS
VIRTUAL TRAINING SUPPORT

www.simulazioneinsanita.it



Articolo a cura di
Alfonso Lagi
Medico di Medicina Interna



CASO CLINICO

Eruzione e necrolisi in un tossicodipendente

Si tratta di un uomo di 21 anni di origine nordafricana, di razza nera, irregolare in Italia che si presenta al pronto soccorso per delle lesioni orali e genitali. Il paziente ha una vita disagiata poiché si alimenta occasionalmente e dorme all'aperto. Conduce una vita da homeless, vive di espedienti e sfrutta le varie istituzioni dedicate all'assistenza dei bisognosi. Egli ha rapporti sessuali non protetti e fa uso di sostanze stupefacenti in particolare fuma hashish e sniffa cocaina.

Il quadro clinico si caratterizza per delle afte crostose e delle vescicole a livello delle labbra e della mucosa orale (**Fig 1**) e con delle declamazioni a livello del membro maschile.

- ▶ È presente febbricola e marcata leucocitosi neutrofila con indici di flogosi (Ves e PCR) elevati.
- ▶ Es urine senza rilievi
- ▶ Rx torace senza alterazioni

Iter diagnostico e diagnosi differenziale

Monkey Pox: la trasmissione si verifica attraverso contatto diretto con animali o umani infetti. La penetrazione avviene attraverso le mucose, il tratto respiratorio o lesioni della cute. Dopo una fase prodromica di febbre, cefalea e linfadenopatia e dolori muscolari che ricordano la sindrome influenzale, inizia la fase eruttiva che si caratterizza per lesioni della cute, in particolare sulla faccia e sui palmi delle mani e pianta dei piedi, definite come macula, papule, vescicole, crostose.

La diagnosi di monkeypox, o vaiolo delle scimmie, avviene principalmente tramite la raccolta di campioni da lesioni cutanee e la loro analisi in laboratorio per identificare la presenza del virus. La tecnica più utilizzata è la PCR (Polymerase Chain Reaction), che permette di amplificare e rilevare il DNA virale.

Malattia Mani, bocca, piedi: è un'infezione virale che i bambini possono contrarre con grande facilità. Colpisce soprattutto neonati e bambini di età inferiore ai dieci anni ma può manifestarsi anche negli adolescenti e nelle persone adulte in forma lieve. I sintomi più frequenti si caratterizzano per eruzione vescicolare sul palmo delle mani, sulla pianta dei piedi, nella bocca e talvolta anche nella zona perianale e pudenda. La febbre è lieve o assente.

La diagnosi fu di Sindrome di Stevens-Johnson (SJS), che è una reazione grave, potenzialmente letale, spesso causata da una reazione allergica a farmaci, tra cui alcune sostanze stupefacenti e psicotrope.

- E' una reazione rara e grave che coinvolge la pelle e le mucose, caratterizzata da eruzione vescicolare, desquamazione e gravi lesioni alle mucose.



- È considerata una forma minore rispetto alla necrolisi epidermica tossica (TEN).

Sostanze stupefacenti e psicotrope che possono causare Stevens-Johnson:

- Cocaina adulterata o contaminata da sostanze come il levamisolo (frequente causa di gravi reazioni cutanee).
- Oppiacei, in particolare se associati a contaminanti o impurità.
- Anfetamine e metamfetamine, specie se contaminate o tagliate con altri farmaci

Sintomi principali della Sindrome di Stevens-Johnson:

- Febbre, malessere, sintomi influenzali iniziali.
- Lesioni dolorose alla bocca, occhi, gola e organi genitali.
- Rash cutaneo, vesciche, desquamazione della pelle

Trattamento:

È importante il precoce riconoscimento dei sintomi al fine di sospendere i farmaci potenzialmente responsabili delle reazioni e iniziare un trattamento intensivo che è simile a quello utilizzato nei confronti di un paziente ustionato includendo il sostegno del circolo, il mantenimento di un adeguato bilancio calorico, la correzione degli squilibri elettrolitici, la protezione delle aree erose e la prevenzione di complicanze settiche. I corticosteroidi, utilizzati anche in questo caso, possono essere utili ma la loro efficacia non è provata.

Che cosa sono la Sindrome di Stevens-Johnson e la sindrome di Lyell

Sono reazioni mucocutanee indotte da farmaci o idiopatiche, caratterizzate da dolorabilità cutanea e da eritema della cute e delle mucose, seguiti da esteso scollamento cutaneo e mucoso. La sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e la sindrome di Lyell condividono le cause e i meccanismi patogenetici e si distinguono in base all'entità del distacco dermo-epidermico. Nella sindrome di Stevens Johnson lo scollamento dermo-epidermico è inferiore al 10%. Nella sindrome di Lyell o Necrolisi epidermica tossica (TEN) il distacco è pari o superiore al 30%. La sindrome overlap SJS-TEN è una entità intermedia tra le due. Tali sindromi hanno una importante mortalità che dipende dall'entità del distacco dermo-epidermico e importanti sequele soprattutto a livello oculare.

La particolarità del caso è dovuta alla correlazione con sostanze stupefacenti, il che rappresenta un fatto raro. La sindrome di Steven Johnson si correla abitualmente all'uso ripetuto di farmaci in cui interviene un meccanismo patogenetico definito da una reazione immunologica di tipo IV secondo la classificazione di Coombs e Gell.





Articolo a cura di
Loris Pagano
Vice Segretario Regionale SIMG Lazio
Ilaria Miano
Università di Roma "La Sapienza"

MANAGEMENT

Il ruolo attuale del MMG: le fondamenta e le innovazioni

Il ruolo del Medico di Medicina Generale emerge come centrale nelle percezioni dei pazienti. Questa figura è vista come un punto di riferimento fondamentale nel percorso di cura, e le sue competenze, la sua empatia e il suo comportamento etico sono aspetti cruciali per la soddisfazione dei pazienti. Questi risultati sottolineano l'importanza di promuovere la formazione e lo sviluppo professionale dei Medici di Medicina Generale, al fine di garantire che possano rispondere in modo efficace alle esigenze dei pazienti.

La progressione della figura del MMG al momento attuale, inoltre, ha evidenziato l'importanza della fiducia in ambito sanitario, e l'uso crescente delle risorse digitali nel processo di informazione e decisione sanitaria. Questi risultati suggeriscono la necessità di integrare le risorse personali e digitali nel percorso di cura, al fine di sostenere i pazienti nel processo decisionale e di promuovere anche una loro autonomia.

A tal proposito, nel contesto attuale, in cui i pazienti sono sempre più informati e desiderosi di partecipare attivamente al proprio percorso di cura, è fondamentale che i MMG migliorino l'assistenza fornita, rendendola più personalizzata e rispondente alle esigenze dei pazienti. Questo potrebbe ridurre la tentazione di cercare assistenza al di fuori del sistema sanitario convenzionale e di rivolgersi a pratiche alternative non sempre supportate da evidenze scientifiche solide.

Tuttavia, è importante sottolineare che l'assistenza sanitaria è un campo in rapida evoluzione, e quindi è necessario

un impegno costante per monitorare e comprendere le percezioni, le aspettative e le preferenze dei pazienti. Questo impegno è fondamentale per garantire che l'assistenza sanitaria sia sempre all'altezza delle sfide del presente e del futuro.

Proposte operative

Ciò che illustrano le storie del mondo dopo la pandemia è una tensione intrinseca tra i due aspetti della medicina stessa. La pratica della medicina è principalmente transazionale o relazionale?

Un modello transazionale di medicina vede la medicina come principalmente biomedica nel suo focus. I pazienti hanno bisogno di input medici definiti. Questi possono spesso essere determinati da algoritmi e quindi spesso

possono essere eseguiti in modo più economico da medici diversi. I

clinici stessi sono

intercambiabili:

è l'intervento
definito che conta.

Un modello

relazionale di

medicina vede gli
interventi biomedici
come avvenuti



all'interno di contesti complessi e altamente personali che richiedono giudizi personalizzati che vanno oltre gli algoritmi biomedici.

Questi dipenderanno quindi da una comprensione più profonda del paziente, all'interno del suo ambiente familiare e sociale, e su un arco di tempo più lungo. È difficile immaginare come tali giudizi possano essere formulati da un medico, o accettati da un paziente, senza un consolidato rapporto di fiducia.

Un modello di medicina transazionale può effettivamente essere adatto se di solito sono sano con un forte locus of control interno e ho solo bisogno di una nota di malattia, di una ripetizione di un farmaco di routine, di una procedura una tantum o di un'emergenza. Il modello transazionale è amato da politici e manager: rende il medico un ingranaggio

intercambiabile che spesso può essere messo da parte del tutto. Un modello di medicina relazionale sembra più adatto ad affrontare le malattie croniche e la multi-morbilità, specialmente nelle popolazioni vulnerabili che possono avere meno di un locus of control interno.

Come la maggior parte delle cose nella vita, dobbiamo abbracciare un punto medio ben scelto tra due estremi. La buona medicina comprende il transazionale, ma questo dovrebbe essere annidato all'interno di una relazione continua di comprensione e fiducia. Prevenzione, trattamento dei fattori di rischio, delle malattie

isolate, gestione delle malattie multiple complesse, gestione del rischio, sono parti fondamentali della relazione continua col paziente, a cui aggiungere la relazione ugualmente importante tra comunità e cure secondarie. Abbiamo eloquentemente sostenuto che siamo essenziali per la fornitura di servizi sanitari efficienti, equi. E abbiamo più volte dimostrato la nostra capacità di adattamento all'aumento della domanda, riorganizzazioni politiche, mele marce e pandemie.

**Uno studio clinico
importante svolto ormai
quindici anni fa,
ha evidenziato come
i pazienti Europei, al primo
posto delle loro esigenze,
mettevano la necessità
di essere ascoltati,**

La Medicina Generale si trova ad un bivio. Imboccare un più marcato percorso di innovazione o rimanere al palo di una professione autocentrata e poco proattiva. Questa innovazione si declina all'interno di un triangolo di questioni rappresentate da:

Ict ► Digitalizzazione ► Sinergia tra Professionisti della Salute

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (in acronimo TIC o ICT, dall'inglese information and communications technology) sono l'insieme dei metodi e delle tecniche utilizzate nella trasmissione, ricezione ed elaborazione di dati e informazioni (tecnologie digitali comprese).

Proprio la pandemia ha dimostrato l'evidenza che l'ICT rappresenta un potente strumento di gestione dell'assistenza e del rapporto con i pazienti in grado di migliorare la qualità dell'assistenza erogata se correttamente utilizzata. Dalla ricetta dematerializzata, al video-consulento all'invio dei dati dei dispositivi multi parametrici, alle applicazioni per la organizzazione delle attività di studio, il tradizionale rapporto medico-paziente con questi strumenti si è rafforzato, confermando

nella sua fondamentale importanza il concetto di fiducia, fornendo una possibilità di rinnovamento e rafforzamento, fidelizzando i cittadini alle competenze professionali del Medico che si aggiornano e sviluppano costantemente con il modificarsi del contesto e dei bisogni, incrementando

disponibilità e prossimità.

La **digitalizzazione** poi oggi consente di sviluppare e rendere facilmente utilizzabili dispositivi di primo livello utilizzabili in maniera appropriata e funzionale, declinando in maniera innovativa il concetto di prossimità. Sia nello studio che al domicilio oggi è possibile fornire risposte rapide ed attendibili nelle principali patologie a più elevato impatto sociale (ipertensione, BPCO/Asma, Cardiopatia Ischemica, ecc.) che si presentano al medico di Medicina Generale.

Inoltre, un approccio proattivo non solo migliora la qualità della vita della popolazione ma

conferisce maggiore sostenibilità al sistema delle cure, contribuendo a sviluppare il massimo di "salute possibile" per ogni persona. La telemedicina oggi rappresenta una concreta possibilità di rafforzare quella prospettiva di cure territoriali e domiciliari che sono la vera scommessa da vincere per il futuro dei sistemi di cura. La terza questione è quella della SINERGIA, ovvero professionisti che, appositamente formati, affiancano il medico in una logica collaborativa e di lavoro sinergico per implementazione delle attività sanitarie e sociali che si realizzano nello Studio del Medico: il Collaboratore di studio sul versante amministrativo-gestionale, l'infermiere sul versante di cura della persona e più recentemente anche l'Assistente Sociale che rappresenta la figura in grado di facilitare l'avvio di percorsi di presa in carico e la promozione delle risorse formali e informali della Comunità, in un'ottica di integrazione socio-assistenziale, riconoscendo nello Studio del Medico di Famiglia il luogo di prima presentazione delle situazioni di disagio e difficoltà di molti Cittadini. Se il medico oggi sempre più deve integrare la sua opera in una rete collaborativa di professionalità e organizzativa, deve condividere la responsabilità delle proprie attività con soggetti che appositamente preparati condividano con lui gli obiettivi professionali della Medicina Generale, sapendo coordinare questa rete complessa e collaborativa di saperi e competenze. È inoltre necessario fornire percorsi formativi utili a definire una figura di MMG esperto in metodologia della

ricerca, ossia non un ricercatore per sé, ma un clinico capace di interagire funzionalmente con altre figure (epidemiologo, statistico) ed esperto di tutte le dinamiche organizzative e gestionali relative ad uno studio clinico, inclusa un'accurata e sistematica raccolta dati attraverso strumenti



informatici evoluti e facilmente traslabili all'applicazione clinica. Questa figura deve quindi acquisire competenze nel mondo della ricerca clinica che comprendano contesti, metodi e strumenti della ricerca clinica sperimentale e osservazionale, quest'ultima di tipo sia prospettico che retrospettivo (ossia su risorse dati già esistenti). In definitiva, promuovere la prevenzione. L'autogestione riguarda la gestione delle condizioni di salute a lungo termine e la gestione dei problemi emotivi e pratici che presentano. La cura di sé si applica a malattie o lesioni acute e si concentra maggiormente sul trattamento. A causa della pandemia, i pazienti sono in una posizione migliore per impegnarsi con i medici per quanto riguarda l'accettazione di consigli sull'importanza della medicina dello stile di vita. La comunicazione in medicina

generale è importante per riuscire a stabilire un rapporto e un'alleanza terapeutica, il Medico spesso è terapia vera e propria per la persona che necessita o pensa di aver bisogno di una cura. Aver un buon rapporto consente di sviluppare e rinforzare il senso di fiducia verso il medico, la fiducia

permette di veder realizzata la decisione terapeutica e a volte la non prescrizione se quest'ultima è ritenuta non congrua. Una buona relazione permette di ottenere delle informazioni preziose sullo stato di salute e sulle abitudini dell'assistito, questo serve non solo per pianificare e svolgere dei programmi di medicina preventiva e di programmazione della salute, ma per riuscire a identificare quelli che sono i problemi e cercare di far manifestare i vissuti emotivi della persona. La comunicazione e il messaggio che il Medico di Famiglia vuole passare al paziente è quasi sempre filtrato, aiutato oppure ostacolato dall'ambiente in cui ci si trova. L'ambiente, nel percorso della Medicina Generale non è definito in modo esclusivo dallo studio ma comprende il territorio in quanto tale: Asl, Distretto, Casa della Salute, Studi Associati di riferimento e gli spazi

a volte più diversi come le strade e le piazze, ricordando sempre la peculiarità della visita domiciliare che è caratteristica solo di alcune categorie di medici.

Il MMG deve saper condurre la relazione attendendo ad un uso corretto delle parole controllando il proprio atteggiamento diventando



esperto nella comunicazione verbale e non verbale. Quello che si esprime con la parola, deve trovare sempre una conferma nell'atteggiamento, in modo da non inviare segnali diversi a chi ascolta. Ad esempio, è fondamentale guardare l'interlocutore ed essere attenti durante il colloquio: non è facile quando siamo circondati da strumenti elettronici che lanciano continuamente richiami sonori o visivi per ricordare che qualcun altro vuole in qualsiasi momento attirare e distogliere l'attenzione da quello che si fa. Uno studio clinico importante svolto ormai quindici anni fa, ha evidenziato come i pazienti Europei al primo posto delle loro esigenze, mettevano la necessità di essere ascoltati, di potersi confrontare e di poter parlare con il proprio medico curante. Quante volte invece si è tentati di ascoltare solo se stessi, le proprie idee, non

facendo attenzione all'ascolto della descrizione di un avvenimento oppure ad una sensazione che spesso segna o rivela un percorso di malattia. Altra capacità da rafforzare è quella di parlare con voce serena, tranquilla per trasmettere, a chi è in attesa di una risposta, che spesso suona come una sentenza, serenità e un clima calmo, dove far emergere cortesia, disponibilità e cordialità superando spesso le difficoltà personali che possono essere di ostacolo. Nella gestione dell'incontro con il paziente dopo aver identificato il problema, questo va affrontato e non rinviato, concentrandosi su quelle che sono le strade percorribili e proponibili lasciando indietro le soluzioni che non risultano valide.

Anche la gestione corretta del nostro aspetto e dello spazio che utilizziamo professionalmente aiuta a esplicitare il messaggio nel migliore dei modi.

Sicuramente tutto questo può essere realizzato con un buon uso del tempo che è una importante risorsa per riflettere, gestire e intervenire anche con urgenza quando è necessario. In Medicina Generale più che in altre specializzazioni è importante gestire i tempi dell'attesa, della cura e della rassicurazione del paziente. Il MMG è presente dove più il paziente necessita di intervento ed è potenzialmente in condizione di raccogliere dati utili per la gestione delle situazioni sanitarie che difficilmente sono rilevabili in altri contesti medici. Sempre più importanza, anche alla luce delle nuove realtà territoriali che si stanno sviluppando nelle diverse Regioni, assume la presenza di una forte rete di assistenza territoriale

che possa coinvolgere più figure professionali sanitarie e sociali, in ambulatorio o al domicilio del paziente con il MMG sempre più manager e coordinatore del sistema delle cure primarie.

BIBLIOGRAFIA

- La definizione europea della Medicina Generale / Medicina di Famiglia – Wonca Europe ed.2011.*
OMS. Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria USSR 6-12 settembre 1978.
General Practice - Anderson, Bridges-Webb e Chancellor
Professione Medico Generale - John Murtagh - McGraw-Hill 2006
Caimi V, Tombesi M. Medicina Generale. Utet Medica, Torino 2003 www.salute.gov.it
BIF (Bollettino d'informazione sui farmaci) anno XII N.4 2005, bimestrale ufficiale dell'AIFA e del Ministero della Salute
Ferrucci L. et al. L'anziano fragile e vulnerabile. SSIGG, 2001
Progetto Conoscere per Assistere – Uniamo – Roma 20 novembre 2010
Istituto Superiore di Sanità: Centro Nazionale Malattie Rare - www.iss.it/cnmr/
Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreina P, Hearnshaw H, Hjordahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family Practice 1999
Un'esperienza da raccontare: <https://www.youtube.com/watch?v=K-zVx3rJw>
Corso E-Learning 02 "MMG Esperto in metodologia applicata alla ricerca in Medicina Generale", SIMG 38 Congresso Nazionale - L. Pagano, I. Miano Corgatelli, G. (2008, febbraio). Indagine sulle opinioni, i desideri e le necessità dei pazienti. Società Italiana di Medicina Generale. Tratto da https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2008/01_2008/1.pdf
L'impatto della pandemia sulla fragilità dell'individuo: i risultati di un questionario nel territorio Loris Pagano1, Elisa Nocer2, Alessandro Marti2, Ilaria Miano2
1 SIMG Roma, 2 Sapienza Università di Roma
Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 6 • vol. 27 • 2020
La didattica della didattica in digitale Loris Pagano1, Ilaria Miano2
1 SIMG Roma, 2 Sapienza Università di Roma
Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 6 • vol. 27 • 2020
Gli strumenti e la figura del medico di medicina generale durante la campagna vaccinale anti-COVID, andare oltre i dati per identificare la vulnerabilità Loris Pagano1, Davide Minardi*, Ilaria Miano2**
Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 4 • vol. 28 • 2021
Un ambulatorio per i poveri e con i poveri Giornata Mondiale dei Poveri: Presidio Sanitario a San Pietro Loris Pagano, Chiara Marchionni, Ilaria Miano, Giulio Nati
Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 2 • vol. 28 • 2021
SIMG per il sociale, l'area dei professionisti della salute contro le disuguaglianze
Loris Pagano, Ilaria Miano, Giulio Nati, Claudio Cricelli
Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 3 • vol. 29 • 2022



Articolo a cura di
Marco Persichini
Marketing Solution Lead UCB
Healthcare Storyteller
Newsletter Storytelling Pharma



La nuova frontiera della comunicazione sanitaria: Deep Questions, Empatia e Patient Engagement

INTRODUZIONE

Siamo in un'era in cui - come afferma il filosofo Galimberti - la comunicazione ha surclassato i fatti e la verità. Comunicare in modo efficace è fondamentale, perché non si tratta solo di trasmettere informazioni, ma di toccare le corde emotive che permettono al medico di entrare in sintonia con il paziente.

Oggi, l'evoluzione del paradigma della salute ha spostato l'attenzione dall'assenza di malattia al concetto di benessere (*well-being*). Quello che una volta chiamavamo counselling è ora diventato patient engagement; al di là delle differenze semantiche, la comunicazione persuasiva è una soft skill imprescindibile per i professionisti della salute in generale e più in particolare per la classe medica. Comunicare bene sulla salute, infatti, fa bene alla salute. Prendiamo, un esempio della vita di tutti i giorni, il caso di una persona frustrata da una discussione con il proprio datore di lavoro che, tornata a casa, si confida con il compagno o la compagna. Egli desidera essere ascoltato in maniera empatica, ma la risposta del partner - troppo incentrata su soluzioni razionali - finisce per inasprire il suo turbamento. Questo scenario evidenzia chiaramente come, in una conversazione, possano emergere tre livelli distinti:

- **Concreto:** riporta i fatti
- **Emozionale:** esprime i sentimenti
- **Sociale:** definisce chi siamo

Quando chi desidera esprimere il proprio vissuto riceve in risposta solo dati concreti, si crea un disallineamento che alimenta incomprensioni e frustrazione. La chiave per un dialogo efficace consiste nel sintonizzare questi livelli: chiedere "Come ti sei sentito?" invece di "Cosa è successo?" permette di andare al cuore del problema, favorendo una connessione autentica.

Questa domanda: "how do you feel?" è lo spunto perfetto per esplorare il potere dei dialoghi significativi e come questi possano trasformare le nostre relazioni.

Un esempio paradigmatico di comunicazione empatica proviene da un rinomato specialista di Uro-Oncologia a New York. Nel corso di un colloquio, egli illustra al paziente le opzioni terapeutiche in termini autentici, onesti e umani: "Deve considerare che l'intervento chirurgico potrebbe presentare alcuni piccoli rischi, perché si interviene in prossimità di distretti responsabili della funzione erettile. Inoltre, il tumore che Lei ha, nella maggior parte dei casi, ha un decorso così lento che è probabile che Lei, quando sarà il momento, viva convivendo con il tumore piuttosto che morire per esso. Per tale ragione le proporrei una sorveglianza attiva con test del PSA ogni sei mesi, una biopsia ogni due anni e, se necessario, una risonanza magnetica."

"Qualora emergessero ulteriori criticità, le proporrei un ciclo di terapia farmacologica mirato e, come ultima opzione, se necessario, la chirurgia. Su quest'ultimo punto le garantisco la mia esperienza maturata in migliaia di interventi annuali."

La comunicazione persuasiva è una soft skill imprescindibile per i professionisti della salute



Il paziente, profondamente toccato, torna a casa e il giorno seguente, armato di nuove consapevolezze, chiede al medico di procedere con l'intervento. Perché? Il dottor D conclude ogni consulto con una domanda chiave: *“Come si sente, cosa prova dopo che le è stato diagnosticato un cancro alla prostata?”*. Il paziente, allora, racconta le sue emozioni: la paura, il dolore per il ricordo del padre, la preoccupazione per i figli e la tristezza all'idea di non poter più vivere appieno certi momenti. Questo approccio, che mette al centro il vissuto emotivo, porta a decisioni terapeutiche più consapevoli e serene.

Insegnamenti chiave:

- **Sintonizzare le conversazioni:** assicurarsi che il dialogo includa il livello concreto, emozionale e sociale, per una comunicazione completa.
- **Porre domande profonde:** spostare l'attenzione dai fatti ai sentimenti per instaurare relazioni autentiche.
- **Valutare il vissuto del paziente:** comprendere le emozioni e le esperienze personali, oltre ai dati clinici, per favorire il patient engagement / empowerment.

CONCLUSIONI

- La comunicazione in ambito sanitario è evoluta: dal counselling al patient engagement.
 - Domande che spostano l'attenzione dal “che cosa” al “come ti senti” favoriscono un dialogo emotivo, autentico e persuasivo.
 - Tre livelli di conversazione (concreto, emozionale e sociale) devono essere integrati per migliorare il rapporto medico-paziente.
- Con questo nuovo approccio, comunicare bene sulla salute diventa una risorsa in grado di migliorare il benessere psicofisico. Il passaggio dalla mera trasmissione di informazioni a un dialogo empatico rappresenta la nuova frontiera della comunicazione sanitaria.



Articolo a cura di
Giulio Torello
Laureato in Farmacia e Farmacia Industriale
Specializzato in Farmacologia e Nutrizione
Founder TL Pharma Consulting

NUTRACEUTICA



MMG e gestione del paziente con MCI

Il MMG si trova sempre più di frequente a prendersi carico di una patologia quale il Mild Cognitive Impairment (MCI) o Disturbo Cognitivo Lieve, la quale si caratterizza per la presenza di un deficit cognitivo, per lo più isolato, in assenza di una globale compromissione della funzionalità cognitiva tipica della demenza grave.

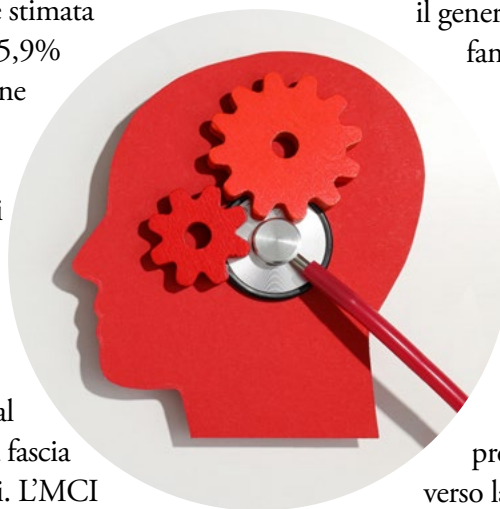
Il mild cognitive impairment (MCI) è caratterizzato da disfunzioni di lieve entità di uno o più domini cognitivi (attenzione, funzioni esecutive, apprendimento e memoria, linguaggio, abilità percettivo-motorie e cognizione sociale). Si basa sulla testimonianza diretta

del paziente, di un familiare o anche di un medico, oltre che su chiari deficit delle prestazioni cognitive che risultino da una valutazione neuropsicologica standardizzata. La prevalenza dell'MCI è stimata intorno al 5,9% nelle persone sopra i 60 anni, con percentuali crescenti con l'età: 4,5% tra i 60-69 anni, fino al 7,1% nella fascia 80-89 anni. L'MCI rappresenta un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di demenza, con un tasso di progressione annuale variabile tra il 5% e il 15%, a seconda del contesto e dei criteri diagnostici adottati. Tuttavia, non tutti i casi di MCI evolvono in demenza. Le cause dell'MCI sono eterogenee e comprendono malattie sistemiche, neurologiche, farmaci e disturbi psichiatrici. Inoltre, esistono altri fattori importanti nella patogenesi della demenza, come uno stile di vita sedentario, uno stato nutrizionale scadente,

fattori sociali o ambientali e fattori genetici. I fattori di rischio si distinguono in modificabili e non modificabili. Tra i non modificabili possiamo evidenziare l'età avanzata (il più rilevante),

il genere maschile, la familiarità per deterioramento cognitivo e la presenza dell'allele APOE ε4, considerato il più importante fattore genetico associato alla progressione verso la demenza di

Alzheimer. Tra i fattori di rischio modificabili, ovvero quelli sui quali il MMG può identificare interventi preventivi precoci, quelli relativi al danno vascolare legato all'ipertensione arteriosa ed alle dislipidemie rappresentano i più importanti, specie se associati, potendo portare a coronaropatia ed ictus ed essendo spesso associati anche ad MCI. Studi incentrati sulla multi morbidità e MCI hanno dimostrato che i pazienti con quattro o più condizioni in comorbidità tra cui, in particolare, ipertensione, coronaropatia



e osteoartrite, hanno un rischio aumentato di MCI. Anche altre malattie croniche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e il diabete mellito, sono fattori di rischio per l'MCI. Inoltre, tra i fattori di rischio di sviluppo dell'MCI rientra anche la poli farmacoterapia considerando che numerose classi e combinazioni di farmaci, anche tra quelli da banco, possono avere, tra i possibili effetti collaterali, impatti negativi sulla memoria. Tra le classi più comuni troviamo oppiacei, ansiolitici come le benzodiazepine, sedativi/ipnotici non benzodiazepinici, miorilassanti, antiepilettici e farmaci anticolinergici. Anche la depressione è una patologia che, specie nella forma più grave può causare o

accelerare la progressione di deterioramento sia cognitivo che fisico e può presentarsi persino come MCI, tanto che recenti studi confermano come i deficit cognitivi possono essere migliorati anche sensibilmente con un trattamento adeguato della depressione. Ancora; altre patologie possono essere correlate all'MCI: ipotiroidismo, carenza di vitamina B12, disidratazione, ipo o iperglicemia e infezioni; tutte queste patologie possono causare anche deterioramento cognitivo. Oltre a ciò anche l'ipossia notturna in pazienti con apnee del sonno è un'ulteriore condizione da valutare in quanto correlata ad MCI non solo per il danno ipossico al SNC ma anche per l'affaticamento diurno conseguente che potenzialmente può causare disturbi

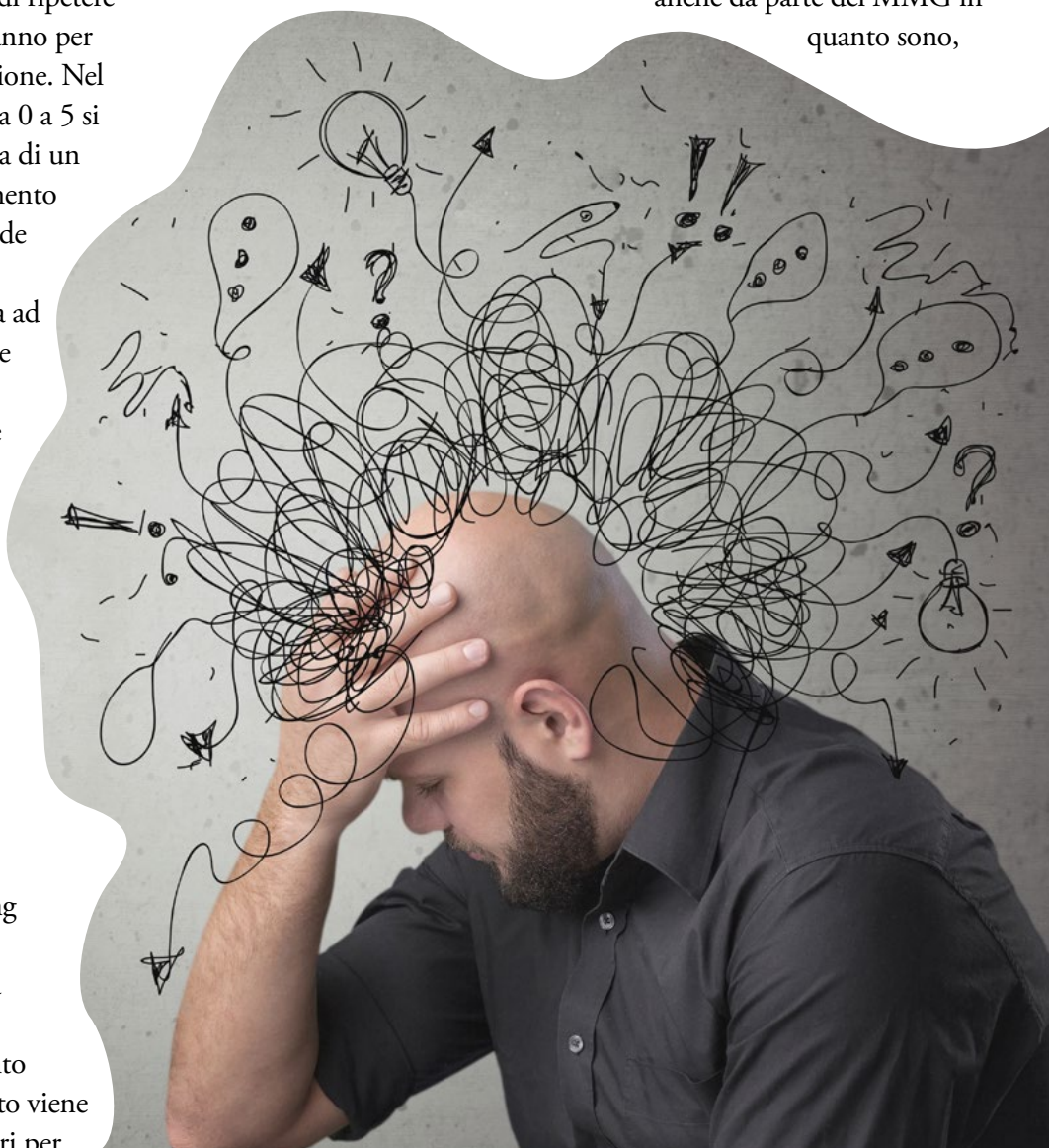
cognitivi con deficit dell'attenzione, della memoria e delle funzioni di elaborazione. L'MCI è possibile poi in pazienti con sofferenza neurologica legata ad idrocefalo persino di tipo normoteso il quale in genere si presenta con la tipiche manifestazioni di andatura atassica, incontinenza urinaria e deterioramento cognitivo. Pertanto, come evidenziato le eziologie dell'MCI sono varie e numerose ma ciò che è importante ribadire è che i cambiamenti cognitivi sono in qualche modo reversibili se individuati per tempo attraverso una diagnosi precoce e trattati altrettanto precocemente. A tal proposito il MMG dispone di uno strumento psicometrico specifico di facile e rapida applicazione per l'identificazione del sospetto di MCI. Si tratta del General Practitioner Assessment of Cognition (GPCog), uno strumento in grado di determinare il funzionamento cognitivo del paziente e da questi ben accettato in quanto non invasivo. Oltre alla rapidità di somministrazione e alla relativa completezza, il GPCog si caratterizza per l'elevata sensibilità, e per la semplicità d'uso. Questo test si va ad inserire all'interno di un modello operativo per il rilievo del deterioramento cognitivo "case finding" che si sviluppa in tre fasi successive: 1-Presentazione, 2-Valutazione e 3-Approfondimento diagnostico. Durante la fase di presentazione i MMG devono valutare amnesie, disturbi del comportamento e alterazioni funzionali anche tramite SDS (Symptoms of Dementia Screener) che viene usato quando è il familiare che per primo riferisce di avere



riscontrato un “cambiamento” nel paziente. Nella seconda fase, quella di valutazione, il MMG deve usare strumenti veloci e semplici, quali il già citato GPCog, che è oggi un test tra i più diffusi tra i MMG in quanto permette di esaminare lo stato funzionale del paziente anche tramite intervista al familiare/caregiver. In base al punteggio risultante dal test, il paziente potrà essere classificato al fine di individuare eventuali approfondimenti. Ad esempio, un punteggio da 6 a 9 (su scala 0-9) evidenzia una funzione cognitiva sostanzialmente normale e non richiede ulteriori approfondimenti se non la prudenza di ripetere il test una volta all'anno per monitorare l'evoluzione. Nel caso di punteggio da 0 a 5 si evidenzia la presenza di un possibile deterioramento cognitivo che richiede di effettuare una intervista aggiuntiva ad familiare/conoscente del paziente (detto “informant”) al fine di confermare la valutazione. Se il test dell'informant conferma cambiamenti cognitivi allora il paziente può essere candidato per valutazioni diagnostiche più approfondite (visita neurologica, imaging cerebrale, ecc.). Quindi si arriva alla terza fase, quella dell'approfondimento diagnostico. Di solito viene svolto presso i Centri per

i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD). Per favorire la diagnosi differenziale e l'inquadramento della comorbidità, il MMG può previamente eseguire: Tac encefalo, Geriatric Depression Scale (GDS) a 5 Item quando presente depressione, ECG, indagini di laboratorio, fornire la cartella clinica dove sono riportate le patologie (in particolare psichiatriche, malattie del SNC anche infantili e traumi cranici) e il prospetto della terapia farmacologica. Una volta accertata la diagnosi, il MMG, in assenza a tutt'oggi di terapie di provata efficacia per il MCI, suggerirà training cognitivo, fornirà consigli

dietetici, suggerirà un migliore stile di vita con maggiore attività fisica, rivaluterà l'eventuale terapia farmacologica, in taluni casi valuterà la prescrizione di farmaci colinergici e così via; insomma, metterà in atto tutte quelle strategie che possono influenzare positivamente il decorso dell'MCI. A questo proposito e unitamente alla terapia farmacologica indicata nei casi più severi, negli ultimi anni si sta facendo strada l'utilizzo di una adeguata dietoterapia e con essa l'uso di Alimenti a Fini Medici Speciali (AFMS). Questi ultimi, più noti in ambito specialistico, di recente stanno suscitando un interesse scientifico anche da parte del MMG in quanto sono,



come sottolineato dal Ministero della Salute, “prodotti volti al trattamento dietetico di soggetti affetti da turbe, malattie o condizioni mediche che determinano vulnerabilità nutrizionale, cioè l'impossibilità o la forte difficoltà ad alimentarsi utilizzando i comuni alimenti, compresi gli integratori alimentari, per soddisfare il loro fabbisogno nutritivo”.

Quindi, gli Alimenti a Fini Medici Speciali sono preparati destinati a tutti quei soggetti che, per condizioni cliniche particolari, hanno una capacità limitata, alterata o disturbata, ad assimilare, digerire, assorbire o metabolizzare i normali alimenti. L'uso di questi particolari preparati appare quindi molto interessante in patologie croniche evolutive quali il decadimento cerebrale soprattutto se intervengono nel ripristinare l'energia neuronale la quale risulta fondamentale anche per ostacolare la deposizione di sostanze quali l'amiloide, una componente peculiare nell'aggravamento del danno cerebrale che porta alla grave demenza. Infatti, quando il cervello è in condizioni di sofferenza, utilizza per produrre energia i corpi chetonici che sono sintetizzati a partire dagli acidi grassi a catena media (Medium Chain Triglycerides o MCT). In uno studio recente condotto su pazienti con MCI, si è visto come in 6 mesi di trattamento

a dosi adeguate con MCT si assistesse ad un miglioramento

Uno studio clinico importante svolto ormai quindici anni fa, ha evidenziato come i pazienti Europei, al primo posto delle loro esigenze, mettevano la necessità di essere ascoltati

della cognitività a carico della memoria, del linguaggio e delle funzioni esecutive, mostrando che a livelli più alti di corpi chetonici corrispondono migliori performance cerebrali. Anche la Colina risulta un nutriente essenziale per l'uomo in quanto precursore dei fosfolipidi di membrana nel neurotrasmettitore acetilcolina. Sono numerose le evidenze sperimentali su animali e sull'uomo relative ai benefici di un dosaggio ottimale di Colina sul danno a livello del sistema nervoso centrale e sulla prevenzione del

decadimento mentale. Oltre a ciò, uno studio clinico pubblicato nel 2020 e condotto per 36 mesi su soggetti con MCI in condizione di sviluppare una franca demenza, ha dimostrato che la somministrazione di Omega-3 (DHA e EPA) insieme a Colina è in grado di portare a sintesi di nuove membrane neuronali e quindi a un miglioramento della performance cerebrale, contrastando questo fenomeno. Dal punto di vista cognitivo è risultato che a 36 mesi dalla somministrazione di Omega-3 e Colina si è registrato nei pazienti una riduzione di velocità del declino cognitivo pari a circa 18 mesi.

In conclusione quindi il ruolo del MMG risulta fondamentale per individuare precocemente i primi segnali di MCI facendo leva su opportuni strumenti diagnostici quali il GPCog. Per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, in mancanza di uno specifico trattamento farmacologico, il MMG oltre a suggerire interventi di tipo psicosociale o di training/stimolazione cognitiva, può oggi disporre di uno strumento in più rappresentato dagli Alimenti a Fini Medici Speciali ovvero dei preparati che forniscono, a dosi adeguate, quei nutrienti che hanno dimostrato effetti benefici nel rallentamento del decadimento cognitivo: MCT, Omega 3 e Colina.





COME GESTIRE
IN MODO NATURALE
IL DECLINO COGNITIVO?

NEURO *Power*®

Per supportare il paziente nelle fasi iniziali
del declino cognitivo



Neuropower® **contiene una combinazione di nutrienti** che agiscono promuovendo la sintesi delle membrane neuronali e la loro integrità, consentendo una **miglior funzione delle sinapsi a livello celebrale**

MCT, COLINA, OMEGA 3



migliorano le
performance cerebrali

COMPLESSO MULTIVITAMINICO



elevato potere
antiossidante

FORMULA BREVETTATA

N. 102023000004461

Vuoi saperne di più? Visita il sito
www.biodemianutraceuticals.com
o inquadra il QR:





Intervista al Prof.

Antonio Di Biagio

Clinica della Malattie Infettive
dell'Università di Genova

Hantavirus: facciamo chiarezza

Gli hantavirus appartengono all'ordine Bunyavirales, un virus a RNA a singolo filamento. Sono virus veicolati da roditori (ratti, topi e criceti). Gli hantavirus patogeni sono associati a due gravi malattie febbrili acute: la Febbre emorragica con sindrome renale (HFRS; causata da hantavirus del Vecchio Mondo) e la Sindrome cardiopolmonare da hantavirus (HCPS; causata dagli hantavirus del Nuovo Mondo), nota anche come sindrome polmonare da hantavirus (HPS). In Europa sono noti due hantavirus - i virus Puumala e Dobrava-Belgrado virus.

Il contatto con i roditori è determinante nella trasmissione degli hantavirus all'uomo. Molti hantavirus si trovano nell'urina, nelle feci o nella saliva di roditori che rappresentano il serbatoio durante l'infezione acuta. Si sospetta che gran parte, se non tutta, la trasmissione all'uomo avvenga attraverso goccioline di aerosol, anche se l'esatta natura dell'aerosol è difficile da stabilire soprattutto a causa della rarità delle infezioni da hantavirus.

Pochissimi pazienti che contraggono l'hantavirus descrivono recenti morsi di roditori. Tuttavia, molti descrivono di aver incontrato roditori vivi o morti o di essere stati in stanze con segni visibili di infestazione da roditori da due a quattro settimane prima di sviluppare i sintomi. L'esposizione in ambienti chiusi, soprattutto in presenza di un'infestazione attiva e attuale. Ad esempio, quasi tutti i pazienti infettati con l'hantavirus Sin Nombre negli Stati Uniti avevano un'esposizione documentata all'interno di edifici infestati da roditori. Studi sieroepidemiologici



suggeriscono che il rischio di infezione da hantavirus è basso nelle persone che hanno contatti professionali con roditori in Nord America.

La trasmissione interumana degli hantavirus è rara ed è stata confinata a una sola specie di hantavirus, il virus Andes. A volte è difficile distinguere la trasmissione interpersonale tra membri della famiglia e l'esposizione a una fonte comune di roditori. L'intervallo tra l'esposizione e l'insorgenza dei sintomi per le infezioni da hantavirus varia da una a sei settimane, con una mediana di 14-17 giorni. I casi secondari che si verificano entro sette giorni da un caso primario sono generalmente attribuiti a esposizioni a una fonte comune piuttosto che a trasmissione interpersonale.

È probabile che molti casi di malattia da hantavirus non vengano segnalati, in parte a causa della confusione clinica con leptospirosi, COVID-19 e dengue, malaria, e altre entità soprattutto nelle regioni tropicali. La Cina registra di gran lunga la più alta incidenza annuale di malattia da hantavirus. In Cina

vengono segnalati ogni anno da 16.000 a 100.000 o più casi di febbre emorragica con sindrome renale (HFRS), e migliaia di casi potrebbero verificarsi in Russia. I casi cinesi di HFRS sono ora più comunemente causati dal virus di Seoul, con alcuni casi causati dal virus Hantaan. Diverse migliaia di casi di HFRS dovuti ai virus Puumala e Dobrava si verificano ogni anno in tutta Europa, ma non sono disponibili conteggi accurati. I tassi di mortalità variano da <1% per la nefropatia epidemica (virus Puumala-HFRS) al 2-10% (virus Hantaan o Dobrava). I tassi di mortalità in Cina sono dell'1%, con le donne che hanno tassi di mortalità leggermente più alti rispetto agli uomini. A dicembre 2021, negli Stati Uniti erano stati documentati 850 casi di sindrome cardiopolmonare da hantavirus (HCPS), inclusi alcuni riconosciuti retrospettivamente dopo l'identificazione della malattia nel 1993.

Un numero crescente di casi di HCPS sono stati segnalati negli Stati Uniti, questi aumenti sono stati collegati temporalmente ai precedenti eventi climatici di El Niño, ma tale collegamento potrebbe essere casuale. Gli europei che hanno contratto il virus di Seoul lo hanno solitamente contratto a causa dell'esposizione a ratti domestici. Ratti infetti sono stati riconosciuti anche in colonie di riproduzione commerciale nel Regno Unito e potrebbero essere necessari ulteriori interventi per ridurre il rischio mondiale per i potenziali proprietari di roditori.

In Italia i casi si contano sono veramente rari (otto turisti o lavoratori transfrontalieri) il che suggerisce che abbiano contratto l'infezione all'estero. Ad oggi, in Italia non sono stati mai descritti casi umani autoctoni di malattia da hantavirus, nonostante la vicinanza a paesi endemici. Tuttavia, anticorpi che neutralizzano sia PUVV che DOBV sono stati storicamente rilevati sia

in alcuni uomini che nei roditori, nelle aree montuose al confine con Austria e Slovenia, il che suggerisce che questi patogeni stiano circolando attivamente in alcune parti del nostro Paese. Le infezioni da hantavirus si verificano in epidemie stagionali, la cui incidenza varia notevolmente di anno in anno e da sito a sito. In Scandinavia, epidemie cicliche di HFRS si verificano ogni pochi anni e sembrano essere immediatamente precedute da irruzioni di arvicole selvatiche. La diagnosi si ottiene con test sierologici (ELISA, immunoblot, Western Blot, immunofluorescenza indiretta), sebbene nessuno sia stato approvato dalla FDA. Quando i sintomi sono evidenti, i pazienti presentano uniformemente IgM e la maggior parte presenta anticorpi della classe IgG. Per gli hantavirus che causano infezioni fulminanti con alti tassi di mortalità (virus Andes, Sin Nombre, Dobrava e possibilmente Hantaan), è generalmente possibile rilevare l'RNA virale mediante PCR.

Tuttavia, l'RNA virale di solito scompare dalla circolazione dopo pochi giorni e le tecniche sierologiche hanno un'elevata accuratezza diagnostica. Per le infezioni causate dal virus Puumala, che in genere causa un'infezione lieve, l'RNA può essere rilevato solo in una piccola minoranza di pazienti (di solito quelli che hanno un'infezione insolitamente grave). Per questi motivi, pochi, se non nessun, laboratorio clinico offre un test diagnostico RT-PCR di routine. L'RT-PCR è più utile come test diagnostico di backup o di conferma o per identificare possibili siti di infezione. Infine, nell'autopsia, l'antigene virale può essere facilmente rilevato mediante immunoistochimica. Non esistono antivirali per l'infezione da Hantavirus. La terapia è di supporto (gestione dei sintomi e sostegno alle funzioni vitali). Allo stesso tempo non esiste un vaccino.

medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico

Ti aspettiamo sul nostro portale
www.medmagazine.info

Segui tutti gli approfondimenti
e resta aggiornato sulle
ultime news

Sei un medico, un professionista
e vuoi collaborare con noi?

Vuoi aumentare la visibilità della tua
azienda? Fai pubblicità su questa
rivista!

Hai bisogno di un Editore specializzato
in pubblicazioni medico-scientifiche?

Inviaci una mail a:
medmagazine@medmagazine.info

Seguici sui nostri social:

Cerca Med Magazine
su Instagram, LinkedIn



mm
www.medmagazine.info



The logo for Simula+Hub, featuring the word "Simula" in white, a blue plus sign, and "Hub" in white, all in a sans-serif font.

Simula+Hub

Learn. Practice. Improve.

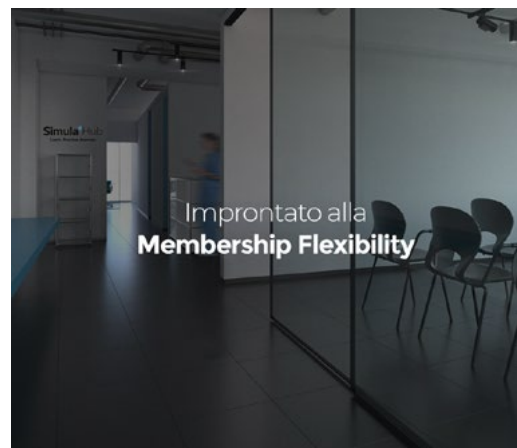
Una Rivoluzione nella Simulazione Medica



Simulatori Robotizzati
in Grado di Emozionare il Discente



Improntato alla
Membership Flexibility



Per maggiori informazioni
visita il nostro sito

accuratesolutions.it/simulazione/simula-hub

Proudly Powered by

Accurate
Learn. Practice. Improve.