

ANNO IX - NUMERO 04 / DICEMBRE 2025

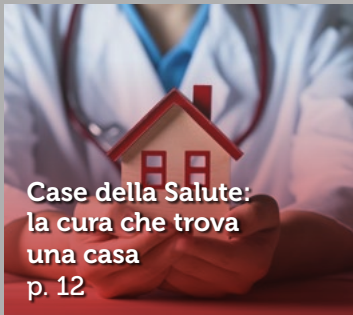
medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico

Inerzia terapeutica

Le difficoltà
nel seguire o nel prescrivere
una cura e l'importanza
di superarle

ATTUALITÀ



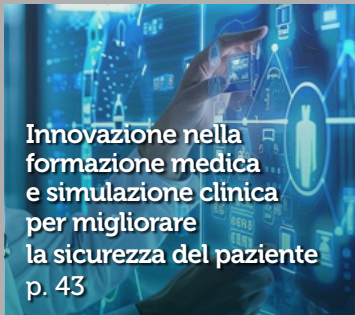
Case della Salute:
la cura che trova
una casa
p. 12

CERTIFICAZIONE



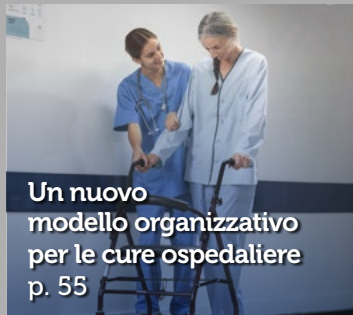
Formazione
Specialistica del MMG:
l'importanza
della certificazione
p. 32

SIMULAZIONE



Innovazione nella
formazione medica
e simulazione clinica
per migliorare
la sicurezza del paziente
p. 43

INTERVISTA



Un nuovo
modello organizzativo
per le cure ospedaliere
p. 55

Simula+Hub

Learn. Practice. Improve.

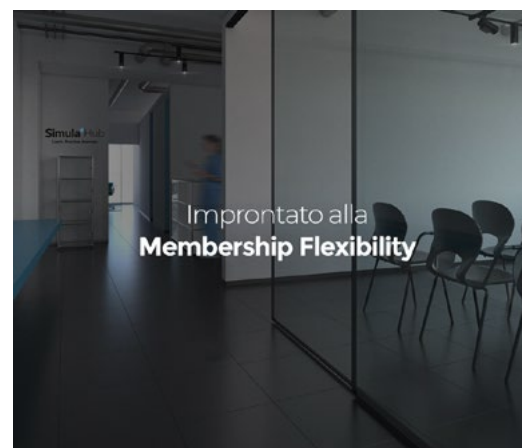
Una Rivoluzione nella Simulazione Medica



Centro di Simulazione
Aperto 24/7 per
Tutte le Specialità Mediche



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.

ANNO IX
NUMERO 04 / DICEMBRE 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:
Patrizia Angelotti
Marco Borderi
Chiara Caputo
Francesco Fattirolli
Francesco Frati
Alfonso Lagi
Luca Maschietto
Gerardo Medea
Stefano Luca Patania
Yuliia Riumshyna
Alessandro Rossi
Marta Squizzato
Daiana Taddeo
Marco Vatri

Intervista a:
Carlo Nozzoli

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

Influenza o COVID-19? Prevenzione e Terapia	4
Trisomia X e disturbi psichiatrici, nuovi scenari da esplorare	8
Case della Salute: la cura che trova una casa	12
Encefalopatia epatica: capire una complicanza complessa della cirrosi	14
L'inerzia terapeutica	16
Amiloidosi: storia di una malattia che ha smesso di essere rara	20
L'emergenza morbillo	24
Diabete Mellito e ruolo chiave del MMG	30
Formazione Specialistica del MMG: l'importanza della certificazione	32
Training Without Limits: How XR-Body Addresses the Growing Shortage of Patients and Faculty.....	36
La facilitazione secondo l'health coaching	39
Innovazione nella formazione medica e simulazione clinica per migliorare la sicurezza del paziente.	43
Un problema sottovalutato	47
Herpes Zoster (fuoco di Sant'Antonio)	48
Innovativi meccanismi di immunomodulazione a livello dell'anello del Waldeyer: ruolo della Nutraceutica Pharma-grade	50
Un nuovo modello organizzativo per le cure ospedaliere	55



mm

ATTUALITÀ SANITARIA

medmagazine



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

Influenza o COVID-19?

Prevenzione e Terapia

INTRODUZIONE

Con l'inverno alle porte, come tutti gli anni è arrivato il virus influenzale. In Australia, nei primi sei mesi del 2025, si è riscontrato un aumento della circolazione di un virus influenzale che ha generato sintomi un po' più aggressivi di quanto atteso: poiché l'Australia generalmente su questo anticipa quello che poi succede in Europa, si attende una stagione influenzale molto intensa, con la circolazione, oltre al ceppo, A H3N2, anche del B Victoria oltre, come sempre, ai rinovirus, al virus respiratorio sinciziale e al SARS-CoV-2.

Poiché il ceppo B Victoria è poco circolato negli anni scorsi, una gran parte di persone potrà essere suscettibile all'infezione, e il Giappone ha da tempo dichiarato l'epidemia di influenza H3N2 con focolai cinque settimane prima di quanto atteso, e la chiusura delle scuole in gran parte del Paese.

In Italia, complici anche gli sbalzi di temperatura che si sono registrati in larghe aree del Paese, si stima verrà colpito il 25% della popolazione (potenzialmente, circa 16 milioni di persone) rispetto al 22-23% dello scorso anno quando venne registrato il record di 15 milioni di casi totali. Distinguere la vera influenza dagli altri virus che circolano basandosi solo sui sintomi è spesso difficile, anche se esistono alcune caratteristiche peculiari che possono aiutare a cercare di porre un distinguo: l'influenza generalmente presenta un inizio brusco della febbre, spesso sopra i 38 gradi, almeno un sintomo respiratorio (tosse o mal di gola)

e almeno un sintomo sistemico (dolori muscolari, malessere generale, astenia intensa), è più forte e limitata nel tempo, con un'evoluzione rapida nell'arco di circa cinque giorni.

Il Covid di oggi, diversamente dal passato, può effettivamente essere camaleontico e passare da forme

banali a forme più serie, ma in linea di massima si può dire che: In caso di **influenza**, i sintomi compaiono generalmente dopo 1-4 giorni dal contatto con una persona infetta e sono:

- Febbre;
- Stanchezza;
- Tosse;
- Mal di gola;
- Raffreddore;
- Dolori muscolari e articolari.

Diversamente, in caso di **Covid-19**, i sintomi compaiono generalmente dopo 2-7 giorni dal





Distinguere la vera influenza dagli altri virus che circolano basandosi solo sui sintomi è spesso difficile

contatto con una persona infetta e sono:

- **Febbre;**
- **Tosse insistente;**
- **Raffreddore;**
- **Stanchezza;**
- **Mal di testa;**
- **Mal di gola molto intenso;**
- **Difficoltà respiratoria;**
- **Perdita del gusto e dell'olfatto (ageusia e anosmia);**
- **Sintomi gastrointestinali come vomito, diarrea, mal di pancia.**

Dopo una fase iniziale in cui i sintomi possono essere molto simili tra le due patologie, se con i giorni si assiste alla comparsa di mal di gola molto intenso, tosse insistente, difficoltà respiratoria, sintomi gastrointestinali, è altamente probabile che si tratti di un'infezione da SARS-CoV-2. Relativamente, invece, a rinovirus, virus respiratorio

sinciziale, metapneumovirus e altri virus respiratori, i sintomi sono certamente simili, ma generalmente meno marcati, localizzati e più gradualmente, con congestione nasale, tosse lieve e malessere, anche se possono risultare più lenti nella risoluzione".

La terapia sintomatica è la medesima per tutte queste forme, per cui i primi sintomi possono essere gestiti con farmaci di automedicazione, ma se i sintomi tendono a persistere o addirittura peggiorare, è bene rivolgersi al medico di medicina generale che sa se l'assistito è un paziente "fragile" e può consigliare l'esecuzione di un tampone, alla luce della possibilità di usufruire delle terapie riconosciute per essere efficaci, come gli antivirali, che vanno utilizzati nelle persone

ad alto rischio di progressione di malattia, entro i primi cinque giorni. In altri termini, l'automedicazione è una scelta terapeutica adeguata solo se effettuata in modo responsabile e proporzionata all'intensità dei sintomi.

Resta fondamentale e prioritario l'approccio preventivo attraverso la vaccinazione: contro l'influenza sono ben 11 i vaccini autorizzati dall'AIFA e dall'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) per la campagna antinfluenzale 2025.2026, basati sull'aggiornamento dei ceppi virali in base alle caratteristiche antigeniche dei ceppi circolanti nell'ultima stagione, secondo le raccomandazioni dell'OMS:

- **Efluelda ed Efluelda Tetra** (Sanofi Winthrop Industrie), sospensione iniettabile: indicati

per l'immunizzazione attiva degli adulti di età pari o superiore a 60 anni.

- **Fluad** (Seqirus Netherlands B.V.), adiuvato, sospensione iniettabile: indicato per l'immunizzazione attiva degli adulti (di età pari o superiore a 50 anni).
- **Fluarix e Fluarix Tetra** (Glaxosmithkline S.p.A.), sospensione iniettabile: indicati per l'immunizzazione attiva degli adulti e dei bambini a partire dai 6 mesi di età.
- **Flucelvax** (Seqirus Netherlands B.V.), sospensione iniettabile: indicato per l'immunizzazione attiva degli adulti e dei bambini dai 6 mesi di età.
- **Fluenz** (Astrazeneca AB) spray nasale: indicato per l'immunizzazione attiva in bambini e adolescenti di età compresa tra 2 e 18 anni.
- **Influvac S e Influvac S Tetra** (Viartis Healthcare Limited), sospensione iniettabile: indicato per l'immunizzazione attiva degli adulti e dei bambini a partire dai 6 mesi di età.
- **Vaxigrip e Vaxigrip Tetra** (Sanofi Winthrop Industrie), sospensione iniettabile: indicati per l'immunizzazione attiva degli adulti, comprese le donne in gravidanza, e dei bambini dai 6 mesi di età. La vaccinazione materna delle donne in gravidanza estende la protezione ai lattanti a partire dalla nascita e fino ai 6 mesi di età (protezione passiva).

La vaccinazione è raccomandata a tutti coloro che hanno compiuto 60 anni, alle donne in gravidanza e nel post-partum, ai

bambini tra i 6 mesi e i 6 anni, a chi è affetto da malattie croniche che espongono a un maggior rischio di complicanze in caso di influenza, alle persone ricoverate presso strutture di lungodegenza, ai familiari di soggetti ad alto rischio di complicanze, a coloro che lavorano con soggetti fragili e agli addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo: medici e personale sanitario e socio-assistenziale, forze di polizia e vigili del fuoco.

Relativamente all'infezione da SARS-CoV-2, il Servizio Sanitario Nazionale ha avviato una campagna di vaccinazione anti COVID-19 con l'utilizzo di nuovi vaccini adattati alla variante LP.8.1

Il vaccino utilizzato è **Comirnaty LP.8.1** a mRNA, è approvato da EMA e AIFA.

La vaccinazione anti COVID-19 è raccomandata ai seguenti gruppi di persone:

- persone di età pari o superiore a 60 anni;
- ospiti delle strutture per lungodegenti;
- donne che si trovano in qualsiasi trimestre della gravidanza o nel periodo "post-partum" comprese le donne in allattamento;
- operatori sanitari e sociosanitari addetti all'assistenza negli ospedali, nel territorio e nelle strutture di lungodegenza; studenti di medicina, delle professioni sanitarie che effettuano tirocini in strutture assistenziali e tutto il personale sanitario e sociosanitario in formazione;
- persone dai 6 mesi ai 59 anni di età compresi, con elevata fragilità, in quanto affette da



patologie o con condizioni che aumentano il rischio di COVID-19 grave, quali: o malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica, la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO, la fibrosi polmonare idiopatica, l'ipertensione polmonare, l'embolia polmonare e le malattie respiratorie che necessitano di ossigenoterapia; o malattie dell'apparato cardio-circolatorio (esclusa ipertensione arteriosa isolata), comprese le cardiopatie congenite e acquisite, le malattie coronariche, lo scompenso cardiaco e i pazienti post-shock cardiogeno; o malattie cerebrovascolari; o diabete/altre endocrinopatie severe quali diabete di tipo 1, diabete di tipo 2, morbo di

Addison, panipopituitarismo; o malattie neurologiche quali sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie

d'organo; o a terapie a base di cellule T esprimenti un Recettore Chimerico Antigenico (cellule CART); o immunodeficienze

La terapia sintomatica è la medesima per tutte queste forme, per cui i primi sintomi possono essere gestiti con farmaci di automedicazione,

del motoneurone, sclerosi multipla, distrofia muscolare, paralisi cerebrali infantili, miastenia gravis, altre malattie neuromuscolari, patologie neurologiche disimmuni e malattie neurodegenerative; o obesità (BMI >30); o dialisi o insufficienza renale cronica; o malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie, quali talassemia major, anemia a cellule falciformi e altre anemie croniche gravi; o patologia oncologica o onco-ematologica in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi, in attesa di trattamento o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure; o trapianto di organo solido in terapia immunosoppressiva; o trapianto di cellule staminali ematopoietiche (entro 2 anni dal trapianto o in terapia immunosoppressiva per malattia del trapianto contro l'ospite cronica); o attesa di trapianto

primitive (es. sindrome di DiGeorge, sindrome di Wiskott-Aldrich, immunodeficienza comune variabile etc.); o immunodeficienze secondarie a trattamento farmacologico (es: terapia corticosteroidica ad alto dosaggio, farmaci immunosoppressori, farmaci biologici con rilevante impatto sulla funzionalità del sistema immunitario etc.); o asplenia anatomica o funzionale, pregressa splenectomia o soggetti con indicazione alla splenectomia in elezione; o infezione da HIV con sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o con conta dei linfociti T CD4+<200 cellule/μl o sulla base di giudizio clinico; o malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali; o sindrome di Down; o cirrosi epatica o epatopatia cronica grave; o disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3.





Articolo a cura di
Daiana Taddeo
Gruppo di lavoro nazionale SIMG NeuroPsichiatria

ATTUALITÀ SANITARIA

Trisomia X e disturbi psichiatrici, nuovi scenari da esplorare

La Trisomia X si esprime in ambito dell'ambulatorio del MMG con caratteristiche fenotipiche molto sfumate, con il rischio di ritrovarci dinanzi a pazienti affette da Trisomia X ma non diagnosticata; inoltre, negli ultimi anni, si è assistito a una crescente consapevolezza della presenza di disturbi psichiatrici in queste pazienti.

ma alcune delle manifestazioni più studiate includono alterazioni della crescita, della funzione gonadica e del neurosviluppo. Inoltre, negli ultimi anni, si è assistito a una crescente consapevolezza della presenza di disturbi psichiatrici tra donne affette da Trisomia X.¹

E' noto che le bambine con Trisomia X diagnosticata possano mostrare ritardo nello sviluppo del linguaggio (ricettivo ed espressivo) in misura superiore rispetto al resto della popolazione, con una elevata percentuale di difficoltà di apprendimento in età scolare di oltre il 70%. Si evidenziano

Le aneuploidie dei cromosomi sessuali sono condizioni genetiche che si configurano a causa di un numero atipico di cromosomi sessuali rispetto ai tipici cariotipi e sono solitamente causate da una non disgiunzione cromosomica che si verifica durante la meiosi o nelle prime fasi dello sviluppo postzigotico. Non ci sono caratteristiche patognomoniche, come pure una grande variabilità nella penetranza e nell'espressività,





L'attenzione del MMG nel riconoscere questa malattia rara è necessaria

difficoltà nella memoria di lavoro e nel recupero delle informazioni e, a tutte le età, si evidenzia un QI verbale inferiore al QI di performance (parimenti inferiore rispetto alla media della popolazione generale).^{2,4}

È stimato che in Italia ogni Medico di Medicina Generale (MMG) possa avere 0-1 paziente affetto da malattia rara se allineato con i dati Europei, ove si considera una malattia rara quella con una prevalenza <1:2000; pertanto, in considerazione della numerosità totale delle malattie rare (6-8% della popolazione), i casi di malattie rare totali attesi per MMG con 1.000 assistiti si attestano tra i 60 e gli 80. Partendo dall'assunto che spesso la Trisomia X si esprime in ambito dell'ambulatorio del MMG con caratteristiche fenotipiche molto sfumate, frequente alta statura che nel complesso appare proporzionata, non significativa associazione con malformazioni congenite e disabilità intellettiva e, non ultimo, nella maggior parte dei casi, lo sviluppo puberale e la fertilità non sono compromesse, vi è il rischio

di ritrovarci dinanzi a pazienti affette da Trisomia X ma non diagnosticata. Dalla letteratura scientifica, è forte l'evidenza in questo gruppo di pazienti, di come la Trisomia X abbia un impatto diretto sulla quotidianità, la ridefinizione della propria identità, l'impatto sulla sfera socio-relazionale, l'autostima e il benessere psicologico, le difficoltà nella relazione di coppia con, talvolta, disagio e dolore durante i rapporti sessuali.³

Volendo osservare i dati presenti in tema di Trisomia X e Disturbi Psichiatrici, è davvero interessante notare le evidenze che negli ultimi anni stanno emergendo; pur considerando una forte mancanza di studi con numerosità statisticamente significativa tale da assumere quanto oggi una consulenza genetica possa diventare un sostegno in ambito psichiatrico. Nel 1973, Staffan Olanders, uno psichiatra svedese, scrisse la sua tesi di dottorato su 39 donne con Trisomia X sottolineando in queste pazienti alterazioni legate ad allucinazioni, deliri e disturbi affettivi, tra cui suicidalità, il funzionamento sociale compromesso e i disturbi comportamentali. Il fatto che avesse reclutato la maggior parte delle sue partecipanti

allo studio in ospedali psichiatrici venne però considerato un bias.⁵ Nel 2004, un altro gruppo di ricercatori ha concentrato una valutazione genetica su 12 pazienti con lievi difficoltà di apprendimento e disturbi psichiatrici e, di queste, due - tra pazienti adulte ed adolescenti - hanno ricevuto una diagnosi di Trisomia X.

Lo stesso gruppo di ricercatori ha poi descritto l'assetto

psicopatologico delle donne con nuova diagnosi genetica con livelli di intelligenza leggermente ridotti, disturbi psicotici, compromissione del funzionamento sociale, ideazioni suicide, esperienze traumatiche, disturbi affettivi e bassa autostima.³

Uno studio nazionale danese sulle diagnosi ospedaliere e sui farmaci psichiatrici prescritti in una coorte di circa 100 donne con Trisomia X ha dimostrato che le donne affette avessero un rischio maggiore di sviluppare condizioni psichiatriche.⁷ In un ultimo protocollo di ricerca, un altro gruppo di ricercatori hanno concentrato la loro attenzione nel confronto tra coorti affette da disturbi psichiatrici o disturbi psicologici.⁶

L'attenzione del MMG nel sospettare questa ipotesi diagnostica e nel riconoscere questa malattia rara è necessaria. Ciò realizza la possibilità di una presa in carico precoce da parte di centri specializzati, con una organizzazione multidisciplinare e longitudinale, e diviene necessaria per evitare esami e visite specialistiche tipici di ipotesi diagnostiche errate.

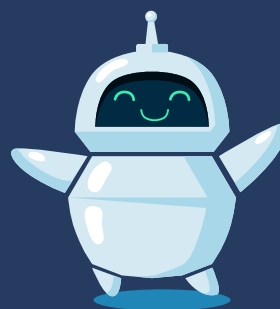


CONCLUSIONI

L'attenzione del MMG nel sospettare questa ipotesi diagnostica e nel riconoscere questa malattia rara è necessaria per la presa in carico precoce da parte di centri specializzati ed evitare esami e visite specialistiche tipici di ipotesi di diagnosi errate.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez XC, Montalbano S, Vaez M, Krebs MD, Byberg-Grauholm J, Mortensen PB, Børglum AD, Hougaard DM, Nordentoft M, Geschwind DH, Buil A, Schork AJ, Thompson WK, Raznahan A, Helenius D, Werge T, Ingason A. Associations of psychiatric disorders with sex chromosome aneuploidies in the Danish iPSYCH2015 dataset: a case-cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2023 Feb;10(2):129-138. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00004-4. PMID: 36697121; PMCID: PMC9976199
2. Bishop DVM, Brookman-Byrne A, Gratton N, Gray E, Holt G, Morgan L, Morris S, Paine E, Thornton H, Thompson PA. Language phenotypes in children with sex chromosome trisomies. *Wellcome Open Res*. 2019 Jan 28;3:143. doi: 10.12688/wellcomeopenres.14904.2. PMID: 30815537; PMCID: PMC6376256.
3. Otter M, Campforts BCM, Stumpel CTRM, van Amelsvoort TAMJ, Drukker M. Triple X syndrome: Psychiatric disorders and impaired social functioning as a risk factor. *Eur Psychiatry*. 2022 Dec 21;66(1):e7. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2355. PMID: 36540940; PMCID: PMC9879890
4. Green T, Flash S, Reiss AL. Sex differences in psychiatric disorders: what we can learn from sex chromosome aneuploidies. *Neuropsychopharmacology*. 2019 Jan;44(1):9-21. doi: 10.1038/s41386-018-0153-2. Epub 2018 Jul 16. PMID: 30127341; PMCID: PMC6235860
5. Olanders S. Other psychiatric findings. In: *Females with supernumerary X chromosomes; a study of 39 psychiatric cases*, Göteborg, Sweden: University of Göteborg; 1975, p. 91-104.
6. Freilinger P, Kliegel D, Hanig S, Oehl-Jaschkowitz B, Henn W, Meyer J. Behavioral and psychological features in girls and women with triple-X syndrome. *Am J Med Genet A*. 2018;176:2284-91. doi:10.1002/ajmg.a.40477.
7. Berglund A, Stochholm K, Grauholt CH. The comorbidity landscape of 47,XXX syndrome: a nationwide epidemiologic study. *Genet Med*. 2022; 24:475-87. doi:10.1016/j.gim.2021.10.012.



Sanifika SRL: innovazione e cura degli ambienti sanitari.

Sanifika SRL introduce **soluzioni avanzate per la cura degli ambienti sanitari**, offrendo robotica per le pulizie, sanificazione dell'aria con tecnologia UV-C, smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi e monitoraggio degli infestanti.

Grazie a questi servizi, **i medici possono prendersi cura non solo dei pazienti, ma anche dell'ambiente in cui li accolgono**. Oggi infatti la qualità dello spazio è parte integrante del percorso di cura.

I pazienti percepiscono subito se l'ambiente è curato, protetto e moderno, e uno spazio così comunica professionalità, attenzione e rispetto.

Sanifika SRL aiuta strutture e studi medici a offrire sicurezza, fiducia e un'accoglienza impeccabile.

**Ottieni una consulenza gratuita presentando il codice:
SIMG42
chiamando al numero 347 970 6964**



info@sanifika.eu – www.sanifika.eu



Articolo a cura di
Luca Maschietto
MMG Trieste - Segretario SIMG FVG

ATTUALITÀ SANITARIA

Case della Salute: la CURA che trova una Casa

Dal modello organizzativo alla pratica clinica quotidiana

INTRODUZIONE

Le Case della Salute rappresentano il dispositivo organizzativo scelto per rispondere alla crescente complessità delle cure primarie: multimorbidità, cronicità, fragilità, carenza di MMG, bisogno di accesso programmato e continuità assistenziale.

Ma la loro efficacia non dipende dall'edificio: dipende dalla capacità di integrare competenze, processi e responsabilità cliniche in un modello che renda possibile una presa in carico proattiva e multiprofessionale.

Negli ultimi anni, la transizione dalle “medicine di gruppo” alle Case della Salute ha rappresentato il tentativo più strutturato di ridefinire le cure primarie in un contesto di crescente domanda assistenziale. L'obiettivo è chiaro: superare la medicina “reattiva”, che risponde ai problemi uno alla volta, e costruire un sistema capace di intercettare, stratificare e gestire la complessità prima che diventi emergenza.

Per riuscirci, serve un modello organizzativo coerente.

1 ► Governance clinica delineata

Il cuore della Casa della Salute è la governance: chi assume la responsabilità dei percorsi? In questo assetto il medico di medicina generale non è un semplice utilizzatore della struttura, ma il garante della continuità clinica e della coerenza decisionale. Senza una leadership collegiale, con regole chiare di funzionamento, il rischio è la frammentazione interna: tanti professionisti, poca direzione.

2 ► Multiprofessionalità con ruoli complementari

Il valore aggiunto non sta nel “mettere insieme” figure diverse, ma nel definire compiti e confini. L'infermiere di famiglia gestisce monitoraggio, educazione terapeutica, valutazioni standardizzate (ad esempio scale funzionali e rischio di cadute); la segreteria avanzata filtra richieste inappropriate, programma controlli, costruisce continuità amministrativa; il MMG mantiene la regia clinica, integra informazioni, definisce priorità e strategie. Quando questi ruoli non sono formalizzati, la Casa della Salute smette di essere un modello e diventa un condominio.

3 ► Processi operativi standardizzati

La vera differenza rispetto all'ambulatorio tradizionale sta nei processi. Accesso programmato (non solo “visita del giorno”),



Il valore aggiunto risiede nel definire compiti e confini

triage amministrativo stabile, riunioni d'équipe settimanali, protocolli condivisi per BPCO, scompenso, diabete, fragilità, follow-up post-ricovero. La standardizzazione non riduce l'autonomia clinica; la potenzia, liberando tempo medico da attività improprie.

4 ► Integrazione territoriale reale

Una Casa della Salute non può essere autoreferenziale. Deve dialogare con ADI, servizi sociali, consultori, dipendenze, pronto soccorso e reparti ospedalieri. Il valore non è nell'edificio, ma nella rete che riesce ad attivare.

5 ► Dati, indicatori e audit

Ogni modello che aspiri a durare deve misurare ciò che fa: tassi di riacutizzazione, gestione dei cronici, aderenza terapeutica, esiti dopo ricovero, accessi evitabili al PS. Senza indicatori condivisi, la Casa della Salute non evolve: si limita a funzionare "come può".

Un esempio concreto lo dimostra.

Un paziente con insufficienza cardiaca rientra a domicilio dopo un ricovero. In un modello tradizionale, il follow-up è affidato alla buona

volontà dei singoli. Nella Casa della Salute il processo è codificato: valutazione infermieristica entro 72 ore, revisione terapeutica del MMG, attivazione ADI se necessaria, report al team nella riunione settimanale. Non è "più lavoro": è lavoro organizzato.

CONCLUSIONI

Le Case della Salute funzionano quando integrano governance, ruoli, processi e indicatori.

Non sono una riforma architettonica, ma un modello organizzativo che permette al medico di famiglia di fare davvero medicina di prossimità: programmata, multi-professionale, orientata agli esiti.

Dove ogni paziente fragile trova non solo una stanza, ma un percorso.



Articolo a cura di
Alfonso Lagi
Medico di Medicina Interna

ATTUALITÀ SANITARIA

Encefalopatia epatica: capire una complicanza complessa della cirrosi

INTRODUZIONE

L'encefalopatia epatica (EE) è una delle complicanze più delicate della cirrosi e delle malattie del fegato. Non riguarda solo il fegato: coinvolge anche il cervello e, di conseguenza, la vita quotidiana dei pazienti e delle loro famiglie. Conoscere questa condizione è essenziale per riconoscerla in tempo, affrontarla con le cure giuste e migliorare la qualità della vita.

Quando il fegato non funziona bene, non riesce più a eliminare alcune sostanze tossiche prodotte dall'organismo.

Tra queste, l'ammoniaca è la più importante: se si accumula nel sangue, può arrivare al cervello e alterare il modo in cui pensiamo, reagiamo o ci comportiamo. L'EE può presentarsi a varie espressioni cliniche:

- **Forme lievi**, spesso difficili da riconoscere, con poca concentrazione, rallentamento mentale o difficoltà nello svolgere attività quotidiane.
- **Forme più evidenti**, con confusione, disorientamento, cambiamenti del comportamento e, nei casi più gravi, vero e proprio coma.

Non è quindi una malattia unica, ma un *insieme di disturbi* che cambiano da paziente a paziente. La causa principale del suo

instaurarsi è la difficoltà del fegato a eliminare le 'tossine', ma non è l'unico meccanismo in gioco.

Oggi sappiamo che:

- L'infiammazione aumenta la sensibilità del cervello alle tossine.
- L'intestino, attraverso il microbiota, può produrre sostanze che peggiorano la situazione quando la barriera intestinale è compromessa.
- I muscoli, se poco sviluppati o deboli (sarcopenia), non aiutano più a "smaltire" una parte dell'ammoniaca.

È quindi una condizione che coinvolge l'intero organismo.

Clinica

Molti sintomi possono essere inizialmente scambiati per stress, stanchezza o problemi di memoria. Tra i più frequenti:

- difficoltà di concentrazione o di attenzione;

- rallentamento nel ragionamento;
- cambiamenti dell'umore o del comportamento;
- tremori delle mani;
- sonnolenza o confusione.

Nelle forme più severe, il paziente



può non riconoscere i familiari, non orientarsi nello spazio o avere un livello di coscienza ridotto. Per questo è fondamentale il ruolo dei caregiver: spesso sono loro a notare per primi i cambiamenti. Molti episodi di EE sono **prevedibili e prevenibili**, perché legati a fattori che possono essere gestiti. Tra i più comuni:

- infezioni (anche banali, come quelle urinarie);
- sanguinamento gastrointestinale;
- disidratazione o eccesso di diuretici;
- stitichezza marcata;
- farmaci che “rallentano” il cervello, come sedativi o sonniferi;
- procedure come il TIPS (uno shunt tra vena porta e circolazione sistemica).

Riconoscere e trattare questi fattori è spesso il primo passo della terapia. Il trattamento dell'encefalopatia epatica si basa su tre pilastri:

1. Risolvere ciò che ha scatenato l'episodio

Il medico cerca rapidamente eventuali infezioni, problemi di

idratazione, farmaci non appropriati o altre cause aggravanti. Spesso questo è sufficiente a far migliorare il paziente.

2. Ridurre l'ammoniaca

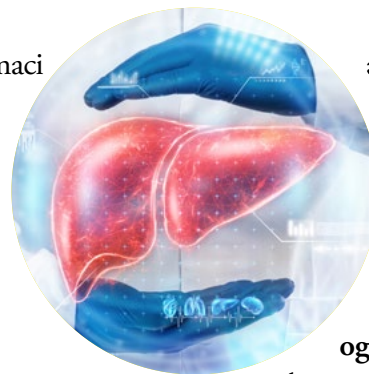
I farmaci più usati sono:

- **Lattulosio**, che agisce sull'intestino e aiuta l'eliminazione dell'ammoniaca.
- **Rifaximina**, un antibiotico non assorbibile che riduce la produzione di sostanze tossiche da parte dei batteri intestinali.

La combinazione dei due è oggi lo standard per prevenire nuove ricadute.

3. Valutare il trapianto di fegato

Nei casi in cui l'EE è ricorrente e il fegato è molto compromesso, il trapianto può rappresentare la soluzione definitiva.



aiutano a “tamponare” l'ammoniaca. Le

raccomandazioni principali sono:

- mangiare abbastanza calorie,
- assumere proteine

ogni giorno, soprattutto

di origine vegetale o lattiero-casearia,

- fare **pasti piccoli e frequenti**,
- inserire uno **spuntino proteico prima di dormire**,
- mantenere un'attività fisica adeguata.

La nutrizione non è un dettaglio: è parte integrante della terapia.

L'EE non può essere gestita da un solo professionista. Serve

un team formato da epatologo, nutrizionista, fisioterapista, medico di famiglia, infermiere e caregiver. Questo perché:

- i sintomi possono cambiare rapidamente,
- i fattori scatenanti vanno monitorati nel tempo,
- l'aderenza alla terapia può essere difficile,
- i ricoveri frequenti sono costosi e rischiosi.

Una rete assistenziale strutturata, che integri ospedale e territorio, è essenziale per garantire continuità di cura e ridurre complicanze e ricoveri inutili.

Il ruolo fondamentale della nutrizione

Un aspetto spesso sottovalutato è la nutrizione. I pazienti con cirrosi possono perdere massa muscolare (sarcopenia), e questo li espone a un rischio maggiore di encefalopatia, perché i muscoli

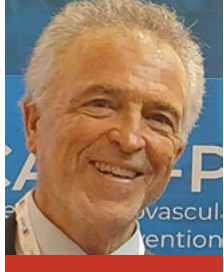


CONCLUSIONI

L'encefalopatia epatica è una complicanza seria, ma può essere affrontata con successo grazie a:

- diagnosi precoce,
- individuazione tempestiva dei fattori scatenanti,
- trattamento adeguato con lattulosio e rifaximina,
- attenzione alla nutrizione e all'attività fisica,
- una presa in carico multidisciplinare.

Informazione, prevenzione e collaborazione tra medico, paziente e caregiver sono le armi più efficaci per migliorare la vita delle persone che convivono con questa condizione.



Articolo a cura di
Francesco Fattiroli
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università di Firenze

ATTUALITÀ SANITARIA

L'inerzia terapeutica

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica i piani di trattamento sono basati su un insieme di azioni che comprendono l'inizio, la modifica, l'intensificazione, l'interruzione della terapia o il rinvio ad un altro intervento di cura. Molti studi sono stati dedicati alla descrizione analitica dei fattori che stanno alla base dell'insuccesso di cure di provata efficacia, con particolare riferimento al fenomeno della aderenza del paziente. In tempi più recenti, invece, ha assunto una rilevante centralità il tema dell'inerzia.

Inerzia clinica

Il termine "inerzia clinica" descrive un comportamento definito come riconoscimento del problema, ma assenza di azione. Questa espressione si applicava principalmente a tutte le condizioni in cui si ha mancanza di azione (inazione) quando sono ben definiti gli obiettivi terapeutici, i trattamenti efficaci sono disponibili, è appropriato l'invio ad altri approfondimenti specialisti. Successivamente è emersa la necessità di una terminologia più precisa per distinguere le diverse forme di inerzia: l'"inerzia terapeutica" è stata considerata una componente

specifico dell'inerzia clinica, focalizzata esclusivamente sull'aspetto farmacologico, come la mancata iniziazione, intensificazione o de-intensificazione della farmacoterapia, mentre l'"inerzia diagnostica" indica la inazione in presenza di dati sospetti o patologici da indagare.

Inerzia terapeutica

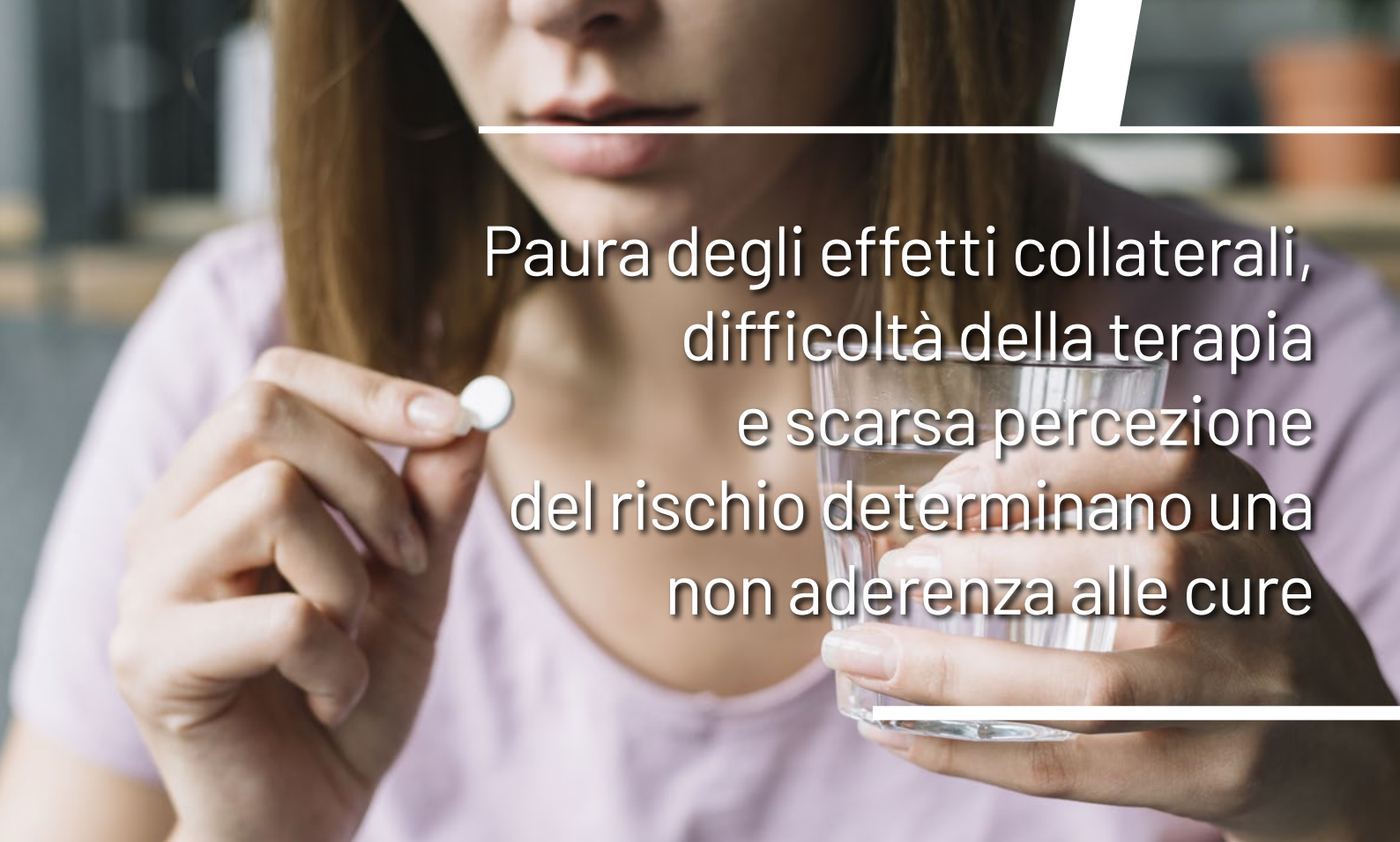
L'inerzia terapeutica è un fenomeno multifattoriale, le cui cause sono state classificate in un modello che attribuisce la responsabilità a fattori legati al medico, al paziente e al sistema sanitario. Sebbene le stime possano variare, il contributo relativo di questi fattori è stato quantificato approssimativamente nel 50% per i fattori legati al medico, nel 30% per quelli legati al paziente e nel 20% per quelli legati al sistema, con ampia interazione tra gli stessi.

Fattori legati al medico

Questa categoria è considerata la più influente. Include una sovrastima della qualità delle cure prescritte, l'uso di "scuse deboli" per giustificare la mancanza di azione (es. "il controllo della condizione sta leggermente migliorando", "il paziente è quasi a target", "potrebbe non essere aderente"), la mancanza di aggiornamento sulle linee guida o sulle nuove terapie, la paura degli effetti avversi dei farmaci, il disagio di fronte all'incertezza clinica e vari bias cognitivi come preferire un danno molto probabile da inazione a un danno remoto da azione.

Fattori legati al paziente

La non aderenza alla terapia è uno dei fattori più rilevanti. La paura degli effetti collaterali, la preoccupazione per la complessità di nuovi regimi terapeutici e il loro impatto sulla vita



Paura degli effetti collaterali, difficoltà della terapia e scarsa percezione del rischio determinano una non aderenza alle cure

quotidiana, rappresentano barriere all'accettazione di un'intensificazione terapeutica. Inoltre, la natura silente di molte patologie croniche porta a una scarsa percezione del rischio a lungo termine, minando la motivazione ad accettare terapie più aggressive. Altri elementi includono una bassa alfabetizzazione sanitaria (health literacy), la negazione della gravità della malattia, la presenza di comorbidità multiple, la resistenza ad adottare cambiamenti nello stile di vita.

Fattori legati al sistema

Includono barriere strutturali e organizzative. La

mancanza di tempo adeguato durante la visita è una delle cause sistemiche più critiche: impedisce un dialogo efficace medico-paziente, fondamentale per la decisione condivisa, l'educazione terapeutica e il superamento delle barriere psicologiche del paziente stesso. La mancanza di sistemi di supporto decisionale integrati nelle cartelle cliniche elettroniche, una scarsa coordinazione delle cure tra diversi livelli (es. ospedale-territorio), la frammentazione dell'assistenza, la mancanza di un approccio di team e politiche sanitarie restrittive contribuiscono in modo significativo all'inerzia.

Tabella 1. Le differenti forme di "Inerzia"

Inerzia clinica	Termine "ombrello" che racchiude le altre definizioni. Include mancanze in screening, diagnosi, gestione dei fattori di rischio, etc.
Inerzia terapeutica	Componente specifica dell'inerzia clinica; è la mancata modifica del trattamento in un paziente con diagnosi nota e controllo inadeguato.
Inerzia diagnostica	Mancata definizione specifica di una condizione, nonostante la presenza di dati clinici alterati o patologici.
Inerzia appropriata	Decisione clinica ponderata e giustificata di posticipare l'intensificazione della terapia, basata sulla valutazione del singolo paziente
Inerzia inversa	Mancanza di de-intensificare o sospendere una terapia quando non è più necessaria o quando i suoi rischi superano i benefici.

Inerzia inappropriata e inerzia appropriata

Un tema cruciale è la necessità di distinguere tra inerzia inappropriata e "inerzia appropriata". Non ogni mancata variazione terapeutica di fronte a un obiettivo non raggiunto costituisce un errore o una cura di bassa qualità, in quanto rappresenta una decisione clinica ponderata e giustificata di posticipare o rinunciare all'intensificazione. Questa condotta è considerata buona pratica clinica ed è particolarmente pertinente in pazienti complessi e ad alto rischio quali gli anziani con comorbidità e politerapia (ad esempio con rischio elevato di ipotensione o ipoglicemia) o con un'aspettativa di vita limitata. In questi casi, gli obiettivi terapeutici devono essere personalizzati e resi meno stringenti al fine di privilegiare la sicurezza e la qualità di vita rispetto al raggiungimento di un target numerico, come "salvaguardia clinica" contro i rischi del sovra-trattamento specialmente quando le linee guida non sono pienamente applicabili a profili di pazienti specifici.

Inerzia inversa

Il concetto di inerzia terapeutica in tempi più recenti ha incluso il suo speculare, definito "inerzia inversa" che descrive il fallimento nel ridurre o sospendere una terapia quando questa non è più necessaria, o quando i suoi rischi superano i benefici. L'inerzia inversa può essere guidata dagli stessi bias cognitivi: ad esempio la tendenza a non agire per paura di causare un danno, può portare un medico a non intensificare una terapia (inerzia classica), ma anche a non sospendere un farmaco potenzialmente inappropriato per timore di destabilizzare un paziente considerato stabile (inerzia inversa). Questo fenomeno, sebbene meno studiato rispetto alla mancata intensificazione, rappresenta un problema estremamente rilevante, contribuendo al sovra-trattamento dei pazienti con patologie croniche e trattamenti di lunga data, con un aumento del

rischio di reazioni avverse da farmaci e di conseguenti costi sanitari evitabili. (Tabella 1)

Inerzia terapeutica nelle malattie croniche

L'ambito in cui l'inerzia terapeutica è stata più ampiamente descritta e quantificata riguarda la gestione delle malattie croniche. Limitando, in questo contesto, alcune considerazioni sul raggiungimento di un obiettivo terapeutico numerico - quale HbA1c, pressione arteriosa, colesterolo LDL- l'inerzia si manifesta come la classica incapacità di incrementare la terapia in pazienti asintomatici o paucisintomatici. Nel diabete di tipo 2 l'inerzia è estremamente diffusa, con ritardo nell'intensificazione che, da specifiche analisi, risulta superare il tempo di un anno, suggerendo che l'azione viene intrapresa in ritardo, solo di fronte a un fallimento palese della terapia abituale.

Anche nel caso dell'

ipertensione arteriosa molte stime riportano che non più del 50% dei soggetti in terapia abbiano una pressione arteriosa controllata, attribuendone la causa quasi esclusivamente alla cattiva aderenza del paziente, mentre una quota di responsabilità è anche nel mancato utilizzo da parte del medico dei farmaci più efficaci, o in una progressione non adeguata di cura secondo le indicazioni scientifiche. In analogia, per quanto concerne il controllo del colesterolo LDL in soggetti ad alto ed altissimo rischio (prevenzione secondaria), sappiamo che i target raccomandati vengono raggiunti in meno del 40% dei pazienti. La causa va ricercata nella inadeguata titolazione delle terapie e nelle limitazioni amministrative. Nel primo caso, a fronte di farmaci di elevata efficacia, non viene selezionata la molecola - o la combinazione di molecole - più adeguata per colmare la "distanza dal target"; per quanto concerne invece l'aspetto amministrativo contribuiscono le incongruenze tra regole prescrittive ed evidenze scientifiche oltre ai vincoli determinati dai piani terapeutici, con una estrema variabilità territoriale.



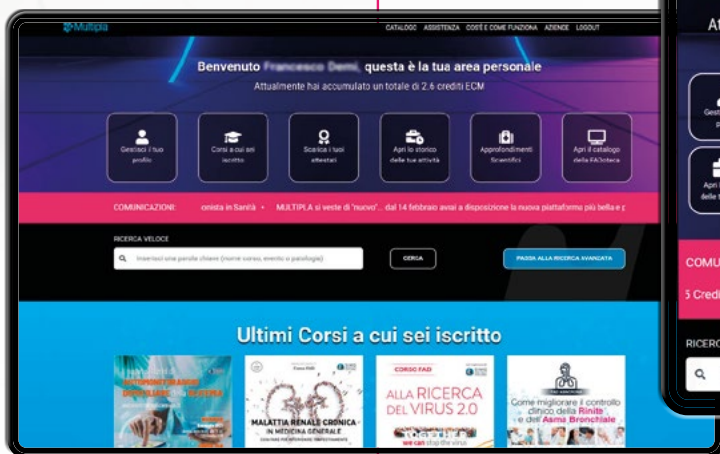


I TUOI EVENTI A 360°

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
Specialista in Geriatria

ATTUALITÀ SANITARIA

Amiloidosi: storia di una malattia che ha smesso di essere rara

INTRODUZIONE

L'amiloidosi è una delle malattie più affascinanti e complesse della medicina moderna. Per decenni è rimasta nascosta, difficile da riconoscere e quasi impossibile da trattare, oggi, invece, sta vivendo una vera rivoluzione grazie all'avvento di nuovi metodi diagnostici, farmaci mirati e nuove tecnologie di biologia molecolare che stanno cambiando radicalmente la prognosi e la qualità di vita dei pazienti.

Questo articolo vuole ripercorrerne la storia per capire quanto la ricerca abbia trasformato un enigma clinico in un campo di innovazione straordinaria.

Le prime osservazioni e lo "scambio di identità"

Nella metà dell'Ottocento, il celebre patologo Rudolf Virchow descrisse per la prima volta strani depositi che si accumulavano nei tessuti. Poiché si coloravano in modo simile all'amido con il reattivo di Lugol, li chiamò "amiloidi" (dal latino amylium).

Dovranno passare anni, e il lavoro di chimici come Kekulé e Friedreich, per smentire Virchow: quei depositi erano proteine mal ripiegate che, aggregandosi in fibrille, compromettevano progressivamente il funzionamento degli organi.

La malattia prende forma

Per tutto il Novecento, l'amiloidosi rimane una malattia misteriosa, ad appannaggio quasi esclusivo degli anatomopatologi. La diagnosi era istologica e tardiva. Il gold standard - la colorazione con Rosso Congo che rivela la patognomonica birifrangenza verde mela a luce polarizzata - arrivava spesso quando il danno d'organo era irreversibile.

È solo tra gli anni Sessanta e Settanta si inizia a comprendere che l'amiloidosi non è una singola malattia, ma una famiglia di patologie. Le tecniche biochimiche e l'immunoistochimica hanno permesso di distinguere forme causate da proteine infiammatorie (AA), forme ereditarie e forme dovute a catene leggere prodotte da un clone plasmacellulare.

I due volti principali: amiloidosi AL e ATTR

Nella pratica clinica, il 95% delle amiloidosi cardiache si divide in due grandi famiglie, che richiedono approcci diametralmente opposti:

1 • Amiloidosi AL (da Catene Leggere): è la forma più aggressiva, un'emergenza ematologica. Un clone plasmacellulare nel midollo osseo produce



Patologia per decenni rimasta nascosta, difficile da riconoscere e quasi impossibile da trattare

catene leggere delle immunoglobuline in eccesso. Queste fibrille hanno un tropismo elevato per cuore, reni e sistema nervoso autonomo. Senza trattamento, la sopravvivenza mediana nei pazienti con coinvolgimento cardiaco grave può essere inferiore ai 6 mesi.

2 • Amiloidosi ATTR (da Transtiretina): la transtiretina (TTR) è una proteina deputata al trasporto della vitamina A e degli ormoni tiroidei sintetizzata dal fegato. Qui il problema non è la sovrapproduzione, ma l'instabilità che fa sì che la proteina si accumuli.

- **Forma Ereditaria (hATTR):** mutazioni genetiche rendono la proteina fragile. Colpisce cuore e nervi periferici.
- **Forma Wild-Type (wt-ATTR):** un tempo nota come "amiloidosi senile". Con l'invecchiamento, la TTR normale diventa instabile e si deposita quasi esclusivamente nel cuore. È questa la forma che sta emergendo come una vera epidemia

nascosta nello scompenso cardiaco a frazione d'eiezione preservata dell'anziano.

L'ascesa delle nuove tecniche diagnostiche

Fino a circa 10-15 anni fa per avere una diagnosi di amiloidosi cardiaca, come abbiamo visto, serviva una biopsia miocardica, procedura invasiva e rischiosa che si eseguiva raramente per cui spesso la diagnosi arrivava solo post-mortem.

Il dogma della biopsia obbligatoria cade nel 2016 quando lo studio di Gillmore et al. dimostra che è possibile diagnosticare l'amiloidosi ATTR cardiaca con l'uso della scintigrafia ossea (con traccianti difosfonati come ^{99m}Tc -DPD/PYP). I depositi di amiloide TTR, per motivi legati alla concentrazione di calcio, captano il tracciante e il cuore "si accende" all'esame. Se la scintigrafia è positiva e gli esami del sangue escludono la presenza di una componente monoclonale (escludendo quindi la forma AL), la diagnosi di ATTR è confermata.

A questo si affianca la Risonanza Magnetica Cardiaca che grazie alle sequenze Late Gadolinium Enhancement (LGE), non solo visualizza



l'espansione dello spazio extracellulare tipica dell'infiltrazione amiloide, ma permette una caratterizzazione tissutale raffinata, fondamentale nei casi dubbi o in fase precoce.

La rivoluzione terapeutica: congelare la malattia

Fino a pochi anni fa anche di fronte a una diagnosi certa, le armi erano spuntate. Si potevano gestire i sintomi (ad esempio potenziando la terapia diuretica), ma non c'era nulla per fermare l'accumulo di amiloide per cui la prognosi era breve e infausta. Ma i progressi terapeutici negli ultimi 5-10 anni sono stati incredibili.

Per l'amiloidosi AL, un tempo trattata con approcci poco specifici, oggi l'obiettivo è colpire direttamente il clone plasmacellulare patologico. Regimi chemioterapici mirati, terapie immunologiche e protocolli derivati dall'esperienza del mieloma hanno migliorato la sopravvivenza e ridotto la progressione del danno d'organo. Per la forma ATTR invece esistono principalmente due classi farmacologiche:

1 • Gli Stabilizzatori: farmaci come il Tafamidis (o il più recente Acoramidis) agiscono come un "collante" molecolare. Si legano alla proteina nel sangue, "bloccandola" nella sua struttura corretta (tetramero) e impedendole così di frammentarsi

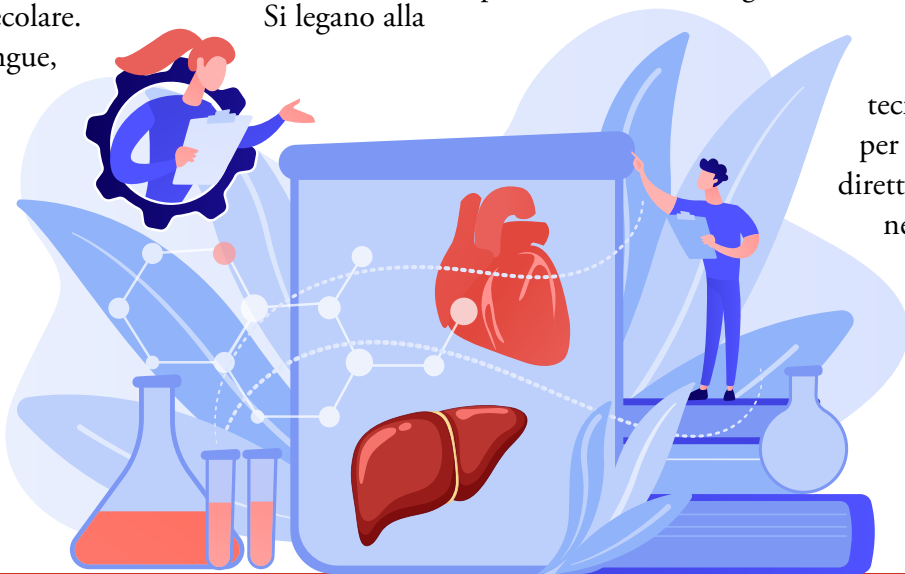
e andare a depositarsi nel cuore o nei nervi.

2 • I Silenziatori Genici: qui tocchiamo l'apice della biotecnologia: l'obiettivo è bloccare la produzione di TTR a monte, direttamente nel fegato. Farmaci come Patisiran o Inotersen (e i successori di seconda generazione come Vutrisiran ed Eplontersen) utilizzano la tecnologia dell'RNA interference (RNAi) o degli oligonucleotidi antisense e, in parole semplici, questi farmaci intercettano e "tagliano" l'RNA messaggero, cancellando l'ordine di costruzione della proteina prima che venga sintetizzata causando una riduzione drastica della proteina circolante.

La sfida per il futuro: eliminare i depositi e "curare la malattia"

Come abbiamo visto le terapie attuali "congelano" la malattia: impediscono che peggiori, permettendo ai pazienti di vivere anni in buona qualità di vita, cosa impensabile fino al 2010, ma la nuova frontiera, attualmente in fase di studio clinico, è ancora più ambiziosa: utilizzare anticorpi monoclonali progettati per aggredire i depositi di proteina già esistenti e "pulirli", o

addirittura utilizzare nuove tecnologie geniche per correggere direttamente l'errore nel DNA del paziente, curando la malattia alla radice per sempre.



CONCLUSIONI

L'amiloidosi cardiaca è passata, in meno di un ventennio, dall'essere una rara curiosità autoptica a una patologia trattabile. La vera sfida oggi non è più scientifica, ma culturale: bisogna che medici pensino a questa diagnosi ogni volta che si trovano davanti una delle "red flags", perché oggi, finalmente, abbiamo qualcosa di concreto da offrire a questi pazienti in termini di qualità e quantità di vita.



I "Red Flags"

quando pensare all'amiloidosi

- ✓ **Sindrome del Tunnel Carpale Bilaterale:** presente nel 50% dei pazienti con ATTRwt
- ✓ **Stenosi del Canale Lombare**
- ✓ **Rottura spontanea del tendine del bicipite:** il "segno di Braccio di Ferro", dovuto alla fragilità tendinea da deposito amiloide.
- ✓ **Disfunzione Autonoma:** ipotensione ortostatica severa, disturbi dell'alvo (alternanza stipsi/diarrea) e disfunzione erettile precoce.
- ✓ **Macroglossia e Porpora Periorbitale (segno del "procione").**
- ✓ **Discordanza ECG/Ecocardiogramma:** l'ecocardiogramma mostra ipertrofia, mentre l'ECG mostra bassi voltaggi.
- ✓ **Scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata**

I "tempi" della patologia



1854 - La scoperta

Rudolf Virchow conia il termine "Amiloide". Credeva erroneamente che la sostanza fosse simile all'amido per la sua reazione con lo iodio.



1930→1970 - Le basi istologiche

Colorazioni e microscopia polarizzata permettono di riconoscere il materiale amiloide.



1970→1990 - Le forme cliniche

Si iniziano a identificare diverse proteine responsabili: AL, AA, ATTR.



1990→2010 - Biologia molecolare

Arriva la moderna classificazione, si identificano mutazioni e forme ereditarie.



2010→oggi - Diagnosi precoce

Ecocardiografia avanzata, scintigrafia e risonanza magnetica cardiaca permettono una diagnosi rapida e poco invasiva.



Oggi - Terapie che cambiano la storia della malattia

Stabilizzatori, silenziamento genico, immunoterapia, editing genomico rendono la patologia trattabile e forse anche curabile.





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

L'emergenza morbillo

Tra il 2000 e il 2024 le campagne vaccinali contro il morbillo hanno evitato quasi 59 milioni di decessi; ciò nonostante, il morbillo rimane una minaccia significativa a livello globale.

Nel 2024 sono stati segnalati circa 359.521 casi di morbillo in tutto il mondo.

Il virus attraversa i confini e i continenti, e i focolai di questa malattia altamente infettiva si verificano ovunque il virus trovi sacche di persone non vaccinate o poco vaccinate, che purtroppo sono in aumento progressivo. Ad esempio, il morbillo era stato dichiarato debellato in Canada nel 1998, ma un'epidemia emersa

nell'ottobre del 2024 con oltre 5.100 casi e 2 decessi ha fatto perdere ufficialmente al Canada lo status di Paese sicuro, a quasi tre decenni dalla certificazione. L'88 per cento dei casi ha riguardato persone non vaccinate. Per via della sua elevata persistenza, il virus è talmente contagioso che si stima che una persona non vaccinata possa ammalarsi entrando in una stanza in cui una persona infetta ha tossito o starnutito fino a due ore prima. L'epidemia

canadese coincide con un'impennata del morbillo anche in Europa, laddove le diagnosi sono passate da 3.973 nel 2023 a 32.265 nel 2024, evidenziando una crisi sanitaria dovuta principalmente al calo delle vaccinazioni.

In seguito a un rallentamento della copertura vaccinale durante la pandemia da COVID-19, i casi sono aumentati di nuovo in modo significativo nel 2023 e nel 2024.

I tassi di vaccinazione
in molti Paesi



L'aumento dei casi in tutto il mondo suggerisce quanto sia assolutamente necessario garantire una copertura vaccinale

devono ancora tornare ai livelli pre-pandemici, aumentando il rischio di epidemie.

La regione europea rappresenta un terzo di tutti i casi di morbillo a livello globale nel 2024.

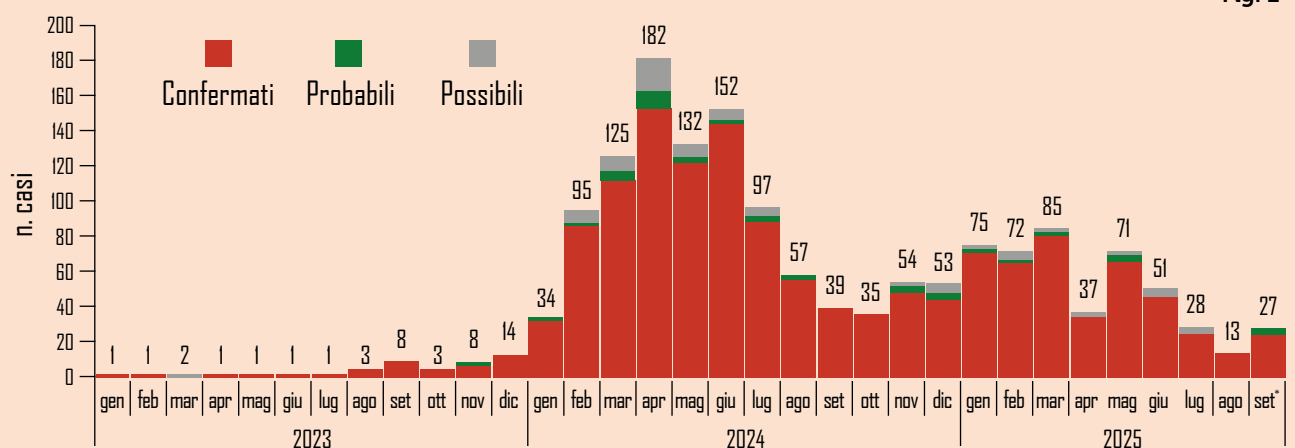
Solo nel 2023, 500.000 bambini in tutta la regione non hanno ricevuto la prima dose del vaccino contro il morbillo.

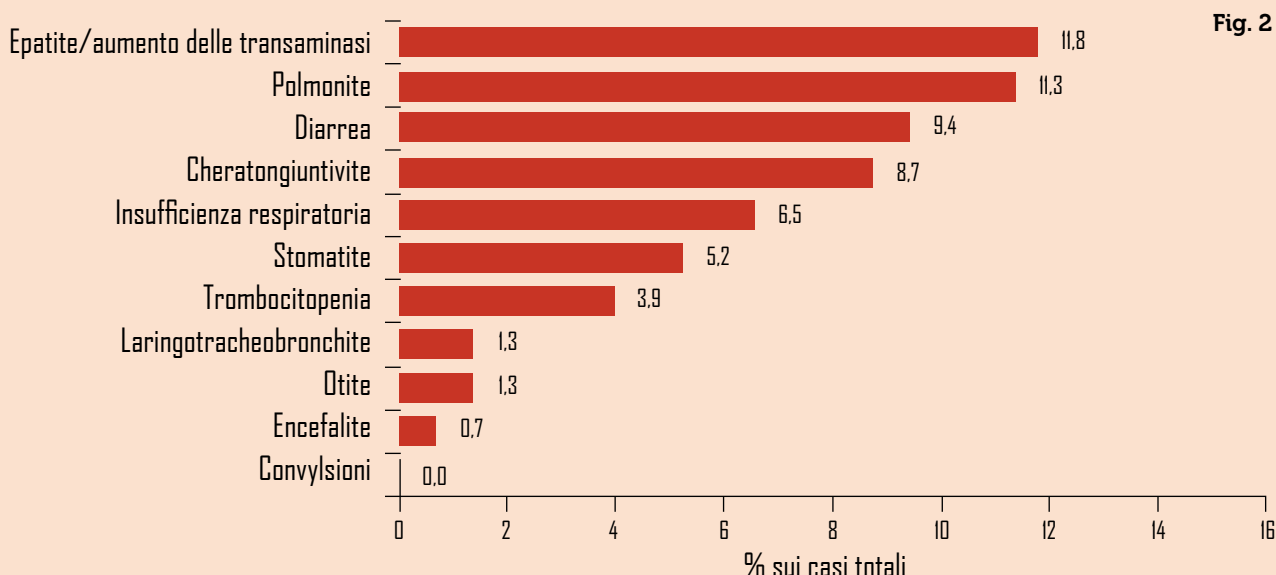
Meno dell'80% dei bambini eleggibili per la vaccinazione in Bosnia-Erzegovina, Montenegro, Macedonia del Nord e Romania è stato vaccinato nel 2023, molto al di sotto del tasso di copertura del 95% richiesto per mantenere l'immunità di gregge.

Sia in Bosnia-Erzegovina che in Montenegro il tasso di copertura

è rimasto al di sotto del 70% e del 50% rispettivamente negli ultimi cinque o più anni.

La Romania ha riportato il maggior numero di casi nella Regione per il 2024, con 30.692 casi, seguita dal Kazakistan con 28.147 casi. In Italia, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il numero casi di





morbillo notificati negli ultimi due anni ha subito un aumento preoccupante rispetto al solo 2023 (Fig. 1)

Il dato assume valenza maggiore alla luce delle complicanze riportate (n=432; totale complicanze n=266) (Fig. 2)

È del tutto evidente come questo fenomeno sia figlio di una copertura immunitaria non più sufficiente, sia che si tratti di immunità lasciata da infezioni da morbillo superate sia da vaccinazione.

L'immunità che si crea in una

popolazione dopo un'epidemia protegge per un po' di tempo anche chi durante l'epidemia non si è infettato (e quindi non è immune), ma è chiaro che questi soggetti sono destinati ad infettarsi non appena si crei una nuova popolazione infettabile

Complicanze del morbillo

OTITE MEDIA 7-9% riscontro - **Moderata** Mortalità rara

ENCEFALITE ACUTA 1 su 1.000 molto grave - **Mortalità** 10-15%

PANENCEFALITE SCLEROSANTE SUBACUTA (PESS) 1 su 10.000-100.000 letale - **Mortalità** quasi 100%

DIARREA GRAVE 8% riscontro - **Moderata/Grave** Mortalità rara (ma rischio disidratazione)

CHERATITE / CECITÀ Più comune in paesi poveri **Grave** Variabilità Mortalità

IMMUNOSOPPRESSIONE TRANSITORIA Quasi universale **Aumenta** rischio infezioni - **Mortalità** indiretta

abbastanza grande (in primis i nuovi nati).

La cosiddetta “immunità di gregge” stabile data dalla copertura vaccinale è fondamentale in quanto protegge anche i bambini troppo piccoli per essere vaccinati, quelli che per motivi di salute non possono essere vaccinati, e tutti quei soggetti che non sono più protetti dal vaccino, come i pazienti oncologici.

Però protegge anche i bambini non vaccinati per scelta dei genitori, e questo ha alimentato nell’immaginario collettivo l’idea che in fondo vaccinare non serva: l’aumento dei casi in tutto il mondo è la dimostrazione di come questa suggestione non sia affatto vera e di come, all’opposto, sia assolutamente necessario garantire una copertura più sicura,

nell’interesse di tutti.

L’immunità di gregge si calcola usando la soglia critica di immunità (HIT), che dipende dal numero di riproduzione di base (R_0) del patogeno:



R_0 è il numero medio di persone che un individuo infetto contagia in una popolazione completamente suscettibile. Più alto è R_0 , più alta deve essere la percentuale di persone immuni per bloccare la trasmissione.

Il R_0 del morbillo è $\approx 12-18$ (molto contagioso).

Il calcolo dell’immunità di gregge è, pertanto:



Quindi serve circa il 95% di copertura vaccinale per garantire immunità di gregge contro il morbillo, dato attualmente non raggiunto.

$$HIT = 1 - \frac{1}{R_0}$$

$$HIT = 1 - \frac{1}{12} \approx 91.7\% (\text{per } R_0 = 12)$$

$$HIT = 1 - \frac{1}{18} \approx 94.4\% (\text{per } R_0 = 18)$$

REGIA
CONGRESSI

Eventi e congressi



Corsi formativi



Nuove tecnologie



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

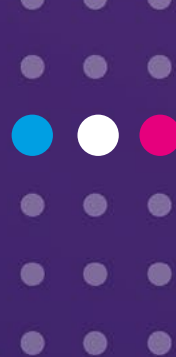
Regia Congressi nasce nel 1986 a Firenze dall’esperienza di professionisti nel settore di eventi congressuali.

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



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

m

CERTIFICAZIONE

medmagazine

Intervista
al Dott. Gerardo Medea
Area Metabolica
SIMG Brescia

Diabete Mellito e ruolo chiave del MMG

Qual è la sfida attuale nella gestione del Diabete Mellito e perché i MMG sono in prima linea?

Il Diabete Mellito tipo 2 (DM2) è una patologia cronico-degenerativa ad alto impatto clinico, sociale e economico per il Sistema Sanitario Nazionale. In Italia la prevalenza stimata è intorno al 6,2%, con un trend in costante crescita a causa degli stili di vita scorretti e l'invecchiamento della popolazione. Solo un adeguato controllo della glicemia e dei fattori di rischio cardiovascolare possono ridurre l'incidenza delle complicanze micro- macrovascolari e la mortalità associate al DM2. In questo scenario i Medici di Medicina Generale (MMG) sono un punto di riferimento fondamentale per la gestione della malattia: intercettano il rischio cardiovascolare, avviano e monitorano le terapie, coordinano specialisti e l'intero percorso di cura, assistono i pazienti fragili a domicilio.

La Nota AIFA 100 ha esteso ai MMG la possibilità di prescrivere le terapie più innovative per il DM2 (DPP4i, GLP-1 RA, SGLT2i e il doppio agonista GIP/GLP-1, favorendo il passaggio dal "treat to target" al "treat to benefit". L'uso appropriato di questi farmaci comporta la necessità di stadiare il rischio cardiovascolare e la malattia renale cronica secondo le linee guida KDIGO. Questo cambio di paradigma rende la Medicina Generale protagonista della prevenzione cardio-renale e della personalizzazione degli obiettivi di cura oltre la sola emoglobina glicata.

I dati derivanti da alcuni progetti di audit promossi dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e della Cure Primarie) documentano che l'autonomia prescrittiva dei MMG per i farmaci in nota 100 è

in rapida crescita contestualmente alla riduzione dell'inerzia terapeutica.

Quali competenze chiave deve possedere un MMG per la gestione del paziente diabetico complesso?

Le competenze chiave del MMG per la gestione del paziente diabetico complesso sono cliniche e organizzative. Sul piano clinico riguardano l'uso appropriato delle terapie innovative del DM2 per migliorare esiti cardio-renali; la gestione proattiva del rischio cardiovascolare con calcolo e aggiornamento del profilo di rischio; il controllo delle comorbidità metaboliche e cardiovascolari come le dislipidemie e l'ipertensione; gli interventi strutturati su sovrappeso e obesità; l'utilizzo di strategie per l'aderenza terapeutica, anche attraverso la semplificazione dei regimi terapeutici nei soggetti fragili.

Le competenze sul piano organizzativo riguardano la definizione di un Piano Assistenziale Individuale con target di cura personalizzati registrati in cartella; l'utilizzo di tecnologie digitali per il telemonitoraggio, la video/



teleassistenza e la sorveglianza domiciliare attiva; il lavoro in rete con gli specialisti per identificare i pazienti candidati al trattamento con gli SGLT2i e/o i GLP-1ra sorvegliando sulla loro sicurezza ed efficacia. Inoltre risulta determinante effettuare audit periodici per monitorare gli esiti e il raggiungimento degli obiettivi di cura.

Il confronto interdisciplinare è parte delle competenze gestionali di un MMG: endocrinologi, cardiologi e nefrologi condividono l'obiettivo di monitorare periodicamente i diversi fattori di RCV, soprattutto nei casi più complessi, mentre il MMG coordina tempi e priorità dei controlli secondo il rischio e la fragilità di ciascun paziente.

Quali sono i requisiti per accedere all'esame di certificazione per Medico esperto in problemi metabolici e come si svolge il processo?

L'accesso all'esame richiede alcuni requisiti minimi: la Laurea in Medicina e Chirurgia; la formazione specifica di almeno diciotto ore sulle conoscenze del profilo oppure il superamento di un test di ammissione; l'autocertificazione riguardante l'esercizio per almeno due anni continuativi come MMG convenzionato; l'esperienza assistenziale documentata con almeno settantacinque pazienti diabetici in carico, di cui almeno il cinquanta per cento con controlli registrati in cartella negli ultimi ventiquattro mesi per l'HbA1c, il fundus oculi, l'albuminuria o il apporto albuminuria/creatininuria. È, inoltre, richiesto l'inserimento di venti casi clinici

reali, anonimi, su una piattaforma dedicata, in grado poi di generare automaticamente un report che sarà oggetto di discussione durante l'esame di certificazione.

La registrazione e discussione dei venti casi clinici è il cuore del percorso di certificazione, poiché aiuta i candidati a identificare le criticità gestionali, standardizzare i processi di cura e osservare miglioramenti. Anche il percorso di accesso

all'esame di certificazione diventa un'opportunità di crescita in qualità e competenze. I requisiti possono essere anche autodichiarati nella procedura online di iscrizione.

Le sessioni di esame si svolgono on-line e prevedono:

- 1 •** Una prova scritta con 30 domande a risposta multipla;
- 2 •** L'analisi di un caso clinico con quesiti a risposte chiuse;
- 3 •** Un colloquio orale con l'esaminatore.

Le diverse prove d'esame mirano alla verifica delle competenze fondamentali per il profilo: l'uso delle nuove terapie e la sicurezza del paziente; la stratificazione del rischio CV e la stadiazione secondo le linee guida KDIGO della Malattia Renale Cronica; la gestione delle comorbidità metaboliche; le strategie per migliorare l'aderenza; l'organizzazione del follow-up. Superato l'esame viene rilasciato il certificato e si procede all'iscrizione nel Registro dei Professionisti certificati.

Perché un MMG dovrebbe certificarsi e quali sono i vantaggi?

Certificarsi significa ottenere un riconoscimento terzo, nazionale e verificabile delle competenze. SA Certification S.r.l. è Ente accreditato da ACCREDIA secondo UNI EN 17024:2012 (Accreditation n. 01408): la certificazione supera l'autoreferenzialità, rafforza la reputazione verso i pazienti e le istituzioni, supporta il personal branding e il marketing professionale, e comporta l'iscrizione in un registro pubblico che attesta capacità, esperienza e competenza. È uno strumento di verifica e confronto che valorizza le specificità della Medicina Generale e promuove standard condivisi di qualità.

Sul piano degli esiti, i percorsi di audit e la formazione richiesta dalla certificazione hanno mostrato segnali concreti di miglioramento come la riduzione dei pazienti non trattati con ipoglicemizzanti, il calo della prescrizione delle sulfaniluree; la diminuzione dei pazienti gestiti con sola metformina senza farmaci della Nota 100, l'incremento dell'autonomia prescrittiva dei MMG e l'aumento dei pazienti a target per l'emoglobina glicata.

Questi risultati indicano un'evoluzione verso pratiche più appropriate, orientate alla prevenzione cardio-renale e alla personalizzazione della cura.



**Intervista
al Dott. Alessandro Rossi
Presidente SIMG**

Formazione Specialistica del MMG: l'importanza della certificazione



SIMG sta lavorando per la formazione specialistica della medicina di famiglia. La certificazione può essere utile al riconoscimento della MG come disciplina? In che misura? Perché?

La certificazione professionale è un elemento di straordinaria utilità per favorire il riconoscimento della Medicina Generale (MG) come disciplina specialistica attestando una maturità professionale elevata e misurabile. Questa certificazione, rilasciata da un Ente accreditato, **attesta in modo verificabile** che il MMG possiede competenze avanzate.

La sua utilità risiede in tre punti chiave:

1 • Validazione Istituzionale e Trasparenza:
Riconoscimento delle capacità, esperienza e competenza da un Ente Terzo, superando

l'autoreferenzialità e garantendo trasparenza tramite l'iscrizione in un Registro Pubblico.

2 • Definizione degli Standard:

Sviluppo di uno strumento di benchmarking che promuove standard condivisi di qualità.

3 • Prova di Specializzazione Funzionale:

Dimostra la capacità della MG di sviluppare competenze professionali sul territorio, valorizzando la specificità professionale alla base della nostra richiesta politica riguardo la richiesta di pari dignità disciplinare e di ruolo centrale nel Servizio Sanitario.

In sintesi, la certificazione è la prova tangibile che la Medicina Generale svolge un ruolo cruciale e lo può fare col riconoscimento misurabile della sua **qualità**.

SIMG ha attivato un progetto di aggiornamento delle competenze professionali del MMG, è un progetto che influenzerà il programma di certificazione nelle varie materie e viceversa. Cosa ne pensa?

I progetti di aggiornamento delle competenze professionali della SIMG, come gli audit o i corsi di formazione, definiscono lo stato dell'arte della pratica clinica e le aree di miglioramento, ad esempio documentando la riduzione dell'inerzia terapeutica e l'incremento dell'autonomia prescrittiva. In questa scia, il programma di certificazione interviene con questi progetti:

• **Influenza sulla Certificazione:**

I progetti SIMG forniscono la base contenutistica

(le migliori evidenze) su cui si fondano i requisiti di conoscenza e di esperienza della certificazione.

• **Influenza sui Progetti di Aggiornamento:**

Il processo di certificazione, attraverso l'analisi dei dati di esperienza e l'audit periodico, agisce come verifica a posteriori.

I dati sulle criticità gestionali e i bisogni formativi emergenti vengono utilizzati per affinare e aggiornare in tempo reale i contenuti dei progetti SIMG, garantendo che la formazione sia sempre pertinente e mirata.

In conclusione, l'aggiornamento SIMG, efficace e validato, affiancato alla certificazione e basata sull'evidenza, definisca un processo affidabile e robusto per l'innalzamento continuo della qualità professionale.





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



Articolo a cura della
Yuliia Riumshyna
Director of International Business Development
BE.MED.SKILLED

SIMULAZIONE

Training Without Limits: How XR-Body Addresses the Growing Shortage of Patients and Faculty

MAIN TOPIC

XR-Body merges a physical abdominal task trainer with an interactive virtual patient, creating a new generation of hybrid simulation for adult and pediatric patients. It addresses one of the most pressing challenges in medical education today: the global shortage of real patients and faculty resources.

Hybrid Simulation: The New Standard in Clinical Skills Training

Medical education is rapidly evolving. Traditional task trainers and VR systems no longer act as competing modalities — instead, they merge into unified hybrid platforms that blend tactile realism with immersive virtual environments. XR-Body is a leading example of this shift. It integrates a lifelike phantom torso with palpable anatomical landmarks and interchangeable organ models with an interactive patient who reacts dynamically to palpation. Inside the headset, the learner sees a full 3D patient with

accurate abdominal topography, organ projections, behavioral cues, and pain responses. On the cart, the learner palpates a

physical torso that simulates tissue resistance and real anatomical structures. This dual sensory channel — visual, tactile, and cognitive — accelerates skill acquisition far beyond what either VR or traditional manikins can provide alone.

The simulator includes more than twenty acute abdomen cases, a full library of normal and pathological organ variants, and the structured module in propaedeutics (introduction to internal diseases).



XR-Body Hybrid Abdominal Palpation Simulator

XR-Body tracks hand position, pressure, and examination sequence, producing an objective assessment of palpation technique that mirrors real clinical workflows. Students learn to inspect, palpate, interpret, and diagnose within a single integrated environment.

A Scalable Response to Patient and Faculty Shortage

The lack of clinical exposure remains a critical challenge worldwide. Many students encounter only a limited number of real abdominal cases, and rarely at the moment when a specific pathology is present. Faculty workload is also continuously increasing: individualized bedside teaching is time-consuming and difficult to scale. XR-Body provides an immediate and practical solution:

1 ► Unlimited access to rare and time-sensitive pathologies

Conditions such as bowel obstruction, hepatosplenomegaly, or appendicular infiltrate appear unpredictably in clinical practice. XR-Body allows learners to encounter these cases repeatedly, under standardized conditions, and without relying on real-patient availability.

2 ► Learning independent of schedules or clinical flow

The virtual patient is always available and never fatigued. Students can practice

abdominal palpation at any time, without needing direct supervision for every attempt.

3 ► Automated, instructor-level feedback

The simulator objectively evaluates palpation depth, applied force and time of exposition. This reduces the demand on faculty while

ensuring consistent skill assessment across cohorts.

4 ► Standardization and equity in training

Every learner receives identical training scenarios, pathology presentations, and scoring criteria - solving the long-standing issue of variability in real-patient exposure.



Integrating XR-Body Into Modern Educational Ecosystems

Hybrid simulation is becoming a core component of OSCE stations, clinical-skills curricula, and acute abdomen teaching modules. XR-Body is designed for seamless integration: it supports lesson plans, self-directed learning, propaedeutics instruction, and full case-based training.

- For universities, it offers scalability.
- For students, it provides earlier and deeper clinical immersion.
- For faculty, it reduces time pressure and enhances teaching efficiency.

XR-Body demonstrates how hybrid simulation can bridge the growing gap between the

increasing number of learners and the limited availability of clinical resources - and, in

doing so, sets a new benchmark for abdominal examination training.



SUMMARY

XR-Body combines the realism of a tactile abdominal trainer with the dynamism of an XR patient of different age groups. It mitigates the shortage of clinical cases and faculty time, ensures standardized assessment, and makes the learning of abdominal diagnostics accessible, repeatable, and clinically authentic.



Simulazione Sanitaria ad Alta Fedeltà

Accurate
Learn. Practice. Improve.

VITS
VIRTUAL TRAINING SUPPORT

www.simulazioneinsanita.it



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

La facilitazione secondo l'health coaching

INTRODUZIONE

Una delle maggiori difficoltà nell'affrontare una sfida formativa, un percorso evolutivo o persino un percorso decisionale è andare oltre i propri pregiudizi, limiti o schemi mentali. Troppe volte le nostre opinioni o il nostro punto di vista ci impediscono di essere efficaci in contesti sociali dove ci viene richiesto di partecipare ad un processo di miglioramento o apprendimento.

Rimanere equi e in contatto con la realtà oggettiva dei fatti e delle necessità contingenti per quanto riguarda risorse, impatti e tempi sarebbe utile in queste circostanze. Eppure la nostra emotività, i nostri valori, le nostre aspettative, spesso rallentano o pregiudicano mediante conflitti interni ed esterni la fattibilità e la qualità della nostra partecipazione. Ecco che in questi contesti risulta utile la figura del facilitatore, come agente neutrale ed esterno al gruppo di apprendimento o di lavoro. La sua responsabilità è quella di dare supporto

e rendere sempre viva la consapevolezza di obiettivi, processi e tempi per i quali il gruppo è stato convocato. Nel caso della gestione della Salute, entrano in gioco altri elementi di carattere etico che rendono ancora più impegnativo e complesso questo ruolo "neutrale", che in questo caso deve potersi fare carico anche di aspetti morali. Per questo motivo, l'Health Coaching può fornire, grazie al sistema delle proprie 5 Competenze base, la necessaria specializzazione per attuare in modo ottimale questo ruolo in ambito sanitario. La Facilitazione in sanità non può e non deve essere assimilata a quella che avviene nel mondo aziendale, poiché le finalità ed il senso di scopo sono del tutto diverse.

Un Facilitatore operante in sanità, oltre alle tecniche della propria funzione, deve poter essere addestrato e preparato a mediare discussioni di carattere morale ad alto impatto emozionale. Per evitare che il personale punto di vista del Facilitatore influenzi la sua capacità di bilanciare ogni tipo di transizione o transazione, occorre che abbia una struttura di riferimento nell'inquadramento etico-sociale del rispetto delle persone e della loro Salute. Ogni approccio tecnocratico incrementerebbe enormemente il rischio di esacerbare i conflitti, anziché risolverli. Nel caso dell'apprendimento, parimenti, ogni nuovo approccio deve poter contemplare il suo impatto benefico sulla vita delle persone e delle organizzazioni sanitarie. Ecco che viene in supporto e risoluzione di questo tema il lavoro di ricerca oramai quinquennale svolto dalla Associazione Italiana di Health Coaching.

L'Associazione Italiana Health Coaching presuppone alla base delle attività svolte dai suoi associati un processo atto a consentire alle persone di aumentare il controllo sulla propria condizione di benessere psico-fisica e a migliorare la propria qualità della vita. Tutto ciò avviene tramite la formazione, l'affiancamento e il supporto dei protagonisti di ogni scenario di Benessere, con il conseguente miglioramento della Salute e del dialogo tra medico e paziente. All'interno del percorso di cura si determina un maggior grado di adesione da parte del paziente a seguire le prescrizioni mediche, siano esse farmacologiche o di carattere dietetico, di regime di vita e di esami periodici di monitoraggio.



passare da una situazione di partenza ad una considerata e scelta dai partecipanti come evolutiva del suo Benessere

d) guadagnare spazi di Benessere al cui interno percepire la propria qualità della vita come migliorata

e) fare degli “apprendimenti” grazie ai quali poter divenire protagonisti del loro agire.

Attraverso tecniche codificate, gli Health Coach aiutano le persone ad espandere la consapevolezza sulle proprie risorse psico-fisiche, a facilitare la capacità di verbalizzare i propri obiettivi di benessere personale, a raccontarsi e ad esprimere gli eventuali ostacoli o difficoltà, a intravedere nuove possibilità e a risolvere problemi connessi alla gestione attiva della propria condizione di benessere.

Tutte le attività pratiche e le esercitazioni condotte dagli health coach, siano esse di carattere sensoriale, emotivo, cognitivo

o spirituale, sono basate su un protocollo conversazionale che permette agli individui e ai gruppi di:
a) operare su se stessi per conseguire obiettivi sostenibili, scelti liberamente dai partecipanti
b) promuovere una *pensabilità*

positiva della realtà (cornice di abbondanza), osservandone in modo oggettivo luci ed ombre, rischi ed opportunità

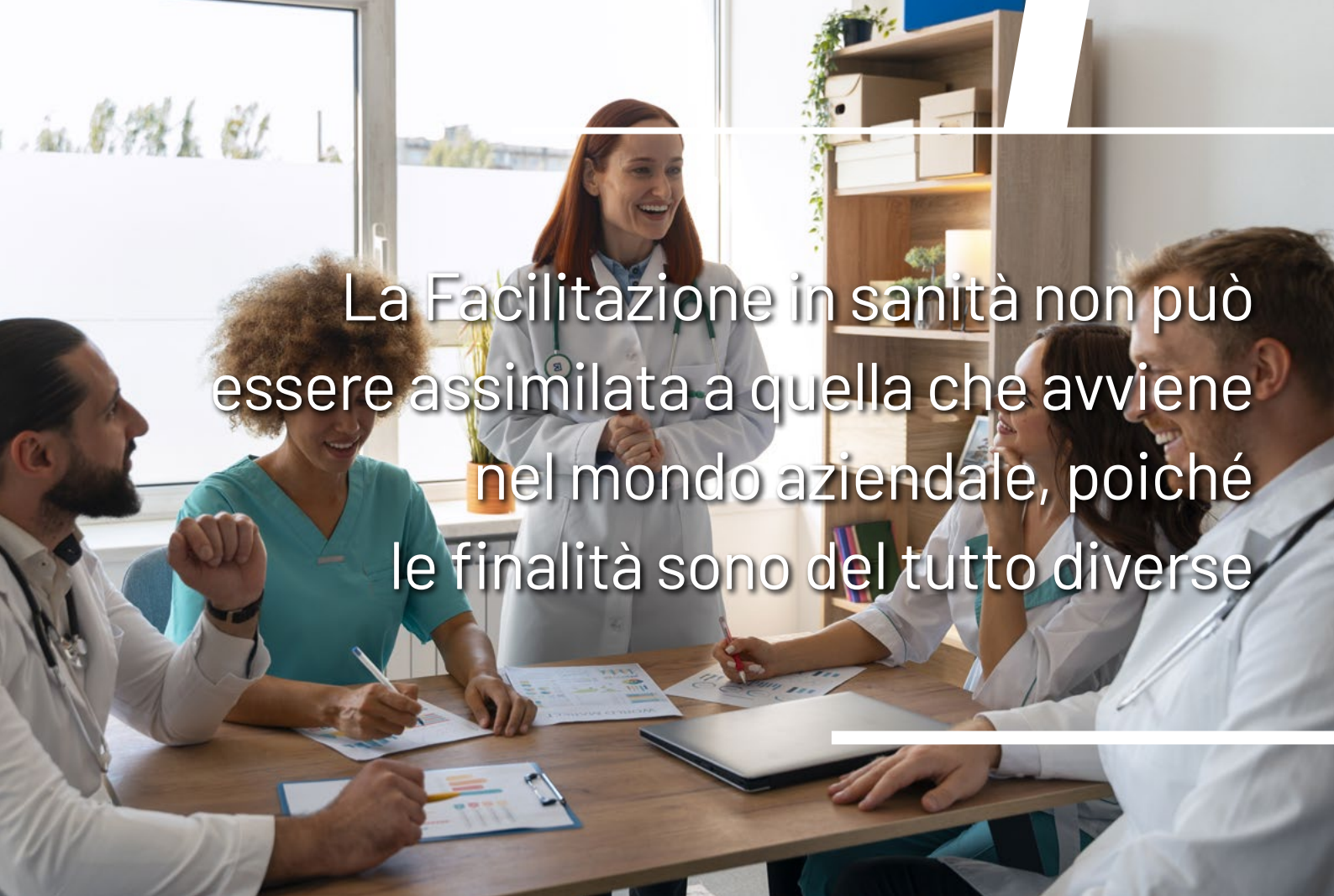
c) scegliere opzioni di miglioramento per

L'impostazione maieutica classica del colloquio di sessione di Coaching viene confermato

nel modello delle Competenze di Health Coaching, come radice filosofica di impronta socratica. L'esperienza professionale collettiva nel campo Health degli Associati, invece, ha generato un modello originale che potremmo definire 5X5: 5 componenti ontologiche, le

quali si intrecciano tra loro all'interno di un modello di 5 competenze tecniche e funzionali, unite al modello di comunicazione ontologico-trasformatore.

**Un Facilitatore operante
in sanità, oltre alle tecniche
della propria funzione,
deve poter essere addestrato
e preparato a mediare
discussioni di carattere
morale ad alto impatto
emozionale**

A group of five healthcare professionals, including doctors and nurses, are gathered around a wooden table in a bright, modern office. They are engaged in a collaborative discussion, with some looking at documents and others gesturing. The atmosphere is professional and positive.

La Facilitazione in sanità non può essere assimilata a quella che avviene nel mondo aziendale, poiché le finalità sono del tutto diverse

Le 5 competenze tecniche hanno una radice tradizionale, sebbene proveniente da discipline diverse:

- SVILUPPO DELLA CONSAPEVOLEZZA
- COMUNICAZIONE GENERATIVA
- RELAZIONE DI BENESSERE
- ETICA UMANISTICA
- VISIONE OLISTICA

Quello che le rende veramente uniche, è l'interpretazione che un Health Coach deve loro fornire, per poter produrre una trasformazione umanistica, ed un Benessere, efficace. Considerata la natura di Health/Well-being, le 5 componenti funzionali corrispondenti sono:

- Sviluppo della consapevolezza, come incarnazione della consapevolezza dell'essere verso il fare
- Comunicazione generativa, come slancio di allineamento consapevole tra mente e cuore
- Relazione di benessere, come connessione positiva, dinamica, interdipendente e autentica
- Etica umanistica, come espressione del cuore

dei puri valori individuali, scevra da alienazione

- Visione olistica, come riconoscimento integrato dell'essere e delle sue connessioni sistemiche e spirituali

Questa applicazione funzionale può essere declinata nella Facilitazione in Sanità seguendo lo schema classico delle componenti del processo di supporto all'individuo od al gruppo. Il Facilitatore non è un vero e proprio Coach, diremmo che è un tecnico pratico delle finalità e processi di interazione ed apprendimento.

Il suo compito è, per l'appunto, facilitare, accelerare, il processo per il quale un gruppo di lavoro o un aula didattica sono stati convocati. Obiettivi della sessione, modalità e tempi sono le aree presidiate.

Declinando pertanto le varie fasi della facilitazione e interpretandole secondo le competenze AIHC, potremmo individuare queste fasi:

- **SETTING:** Dichiarazione delle finalità secondo i principi di Etica Umanistica

- **INTRODUZIONE:** Verifica delle intenzioni dei partecipanti e loro presentazione
- **AGENDA E PIANIFICAZIONE:** Strutturazione del tempo a disposizione e metodologia
- **OBIETTIVI:** Definizione degli obiettivi e dei loro impatti etici e sistemici
- **STRUMENTI & VISUALIZZAZIONE:** Disporre quanto necessario per rappresentare la realtà
- **DISCUSSIONE:** applicazione dei principi di comunicazione generativa e sviluppo consapevolezza; saper essere flessibili nel governare i processi inattesi, sia emozionali che logici, del gruppo
- **ORGANIZZAZIONE DEI CONTENUTI:** strutturare e raccogliere i risultati secondo visione olistica
- **EQUITÀ:** garantire la partecipazione, i ruoli e la rappresentatività di ogni partecipante
- **ESPLORAZIONE DELLE OPZIONI:** facilitare domande aperte a possibilità di futuro preferibile
- **VERIFICA DEGLI OBIETTIVI:** conferma degli obiettivi previsti e elenco dei nuovi argomenti emergenti non previsti
- **RIEPILOGO E CONSOLIDAMENTO:** chiudere la sessione mediante un riepilogo in sintesi dei risultati, con raccolta dei feedback e conferma delle decisioni e degli apprendimenti.

CONCLUSIONI

La Facilitazione dei gruppi e dell'individuo è uno strumento efficace e flessibile qualora venga applicato in modo corretto. Specialmente nella società odierna è importante formare dei Facilitatori che siano in grado di gestire la complessità, il rischio e l'incertezza nella quale i protagonisti si trovano ad operare. La situazione si complica ulteriormente nel caso della sanità, dove la componente etico morale è ancora più presente e forte.

Per questo motivo avere un modello etico umanistico di riferimento è necessario per evitare gravi bias nella conduzione della facilitazione, portati dallo stesso operatore. La Associazione Italiana Health Coaching ha sviluppato un modello evolutivo conversazionale in 5 Competenze che consente di avere presenti i principi fondamentali di equità e sviluppo naturale del potenziale umano. Corrisponde e ridistribuisce in modo sistemico le responsabilità dei vari operatori sanitari e dello stesso paziente e dei caregivers. Per questo motivo è importante considerare questo supporto in ogni operazione di facilitazione in sanità.

BIBLIOGRAFIA

- Echeverria, R. (2013) – *Ontologia del Lenguaje* – Granica Adelphi
- Fromm, E. (1971) *Dalla parte dell'Uomo*, Astrolabio
- Fromm, E. (1978) *L'arte di amare*, Il saggiatore
- Gatzynska E. (2025) <https://www.apptension.com/blog-posts/facilitation-techniques-and-the-benefits-of-using-them>
- Hawkins, P. (2021) *Leadership Team Coaching. Developing collective transformational leadership*, 4th ed., Koganpage
- Iordanou, I., Hauley, R., Iordanou, C. (2016) – *Values and Ethics in Coaching*, Sage Pub ltd.
- Maccoby, M. (2006) *The self in transition: from Bureaucratic to Interactive social character, The firm as a collaborative community*, Oxford Unit Press
- Maccoby, M., Norman, C.L., Norman C.J., Margolies, R. (2013) *Transforming Health Care Leadership*, Jossey Bass
- Patania, S.L. (2022) *Erich Fromm and the health coaching identity*, AIHC Meeting Lab, Oct. 2022, DOI: 10.5281/zenodo.10207243
- Patania, S.L. (2023) *The Humanistic Transformation in Health Coaching: a new pragmatic role for Ethics – 3rd International Erich Fromm Research Conference "Humanistic Transformation" - Berlin, June 2023* – DOI: 10.5281/zenodo.10197760
- Patania, S.L. (2023) *Le radici etico-umanistiche dell'Health Coaching*, NEU ANIN, num. 1 Marzo 2023, ISSN 1723-2538
- Patania, S.L. (2024) *Ethical pragmatism for innovative governance leadership. The new role of humanistic health coaching*, European Health Management Association Conf. 2024, June 2024
- Patania, S.L. (2024) *Generative performance as a wellbeing creator: A humanistic interdisciplinary model for the paradigm shift in human resource management*, PuntoOrg International Journal, May 2024
- Patania, S.L. & Lejtenyi, C. (2025) *Epistemological criticism of coaching for a transition to humanistic transformation*, *Philosophy of Coaching*, Dec 25



Articolo a cura di
Patrizia Angelotti
Amministratore Delegato Accurate, Digit'ed Company

SIMULAZIONE

SAFE-T 2025 - Saving Lives Together

Innovazione nella formazione medica e simulazione clinica per migliorare la sicurezza del paziente.

INTRODUZIONE

► Roma, 17 settembre 2025

In occasione della Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente, l'evento "SAFE-T - Saving Lives Together", organizzato da Accurate a Palazzo Rospigliosi, ha riunito un ampio spettro di attori chiave, tra cui istituzioni, professionisti della salute, accademici e rappresentanti della legislazione. L'obiettivo di questo evento è stato quello di promuovere una cultura della sicurezza nelle cure sanitarie, sottolineando l'importanza dell'innovazione e della formazione medica continua come strumenti fondamentali per migliorare gli standard della salute pubblica.

Un impegno globale per la sicurezza del paziente

La sicurezza del paziente è una priorità imprescindibile per i sistemi sanitari di tutto il mondo. Secondo dati forniti dall'OMS, nei Paesi a basso e medio reddito, si registrano ogni anno circa 134 milioni di eventi avversi che causano oltre 2,6 milioni di morti evitabili. Negli Stati ad alto reddito, gli errori medici sono emersi come la terza causa di morte, incidendo tra il 5% e il 10% dei ricoveri ospedalieri. In questo contesto complesso e preoccupante, l'implementazione della simulazione clinica si afferma come un approccio strategico per

la prevenzione degli errori, il miglioramento della qualità dell'assistenza e il potenziamento delle competenze del personale sanitario. Recenti evidenze scientifiche indicano che l'applicazione di tecniche di simulazione può ridurre il rischio clinico fino al 37%.

L'evento SAFE-T 2025 si è articolato in tre sessioni tematiche centrali:



- 1 ► **Formazione e innovazione tecnologica**
- 2 ► **Sicurezza del paziente**
- 3 ► **Costruzione di una cultura della sicurezza**

I partecipanti, tra cui esperti delle principali università, associazioni scientifiche e centri di simulazione clinica italiani ed europei, hanno lavorato insieme per delineare strategie pratiche e concrete.

Queste strategie mirano a promuovere un'assistenza sanitaria sempre più sicura, orientata a mettere il paziente al centro.

Il ruolo delle Istituzioni

Il punto di vista delle istituzioni, espresso da Marco Mattei, Capo di Gabinetto del Ministero della Salute, ha enfatizzato un impegno forte e condiviso nella promozione della sicurezza del paziente. “La formazione e l'aggiornamento sono essenziali per la tutela della salute e del benessere del paziente.



La Formazione al centro della Sicurezza del Paziente

Patrizia Angelotti, CEO di Accurate, ha aperto i lavori descrivendo l'importanza cruciale della formazione continua e della simulazione come elementi centrali nella garanzia della sicurezza del paziente. “Con Safe-T vogliamo porre l'accento su un tema vitale per il futuro dei sistemi sanitari: la formazione continua e di qualità, orientata al paziente e capace di affrontare le sfide poste dall'innovazione tecnologica.

La sicurezza del paziente deve essere riconosciuta non solo come un obiettivo strategico, ma come un impegno quotidiano che richiede responsabilità, consapevolezza e strumenti adeguati. In questo senso, la simulazione clinica rappresenta una vera e propria rivoluzione culturale e metodologica per la formazione in sanità.

Grazie a contesti protetti e realistici, possiamo preparare i professionisti a gestire scenari complessi, migliorare la comunicazione nei team, ridurre l'errore clinico e, soprattutto, salvare vite”, ha dichiarato Angelotti.

Non dobbiamo dimenticare mai quanto sia importante il triangolo formazione-aggiornamento-prevenzione.



Questo governo sta facendo molto in questa direzione.” Mattei ha ulteriormente sottolineato che gli sforzi del governo mirano a garantire medici preparati e competenti, con un focus specifico sulle tematiche dell'aggiornamento. Mara Campitiello, Capo Dipartimento della Prevenzione e delle Emergenze Sanitarie, ha elaborato su azioni concrete intraprese, commentando come attualmente il 16% degli errori diagnostici possa essere evitato. “Il nostro impegno si traduce in un tavolo tecnico sulla simulazione in medicina, con l'elaborazione di linee guida e un investimento di 30 milioni di euro del PNRR per il ‘Prevention Hub’. Questo portale fornirà ai cittadini un accesso facilitato a informazioni scientifiche e validate. Il Prevention Hub sarà il cuore pulsante della prevenzione, un sistema proattivo che utilizza l'intelligenza artificiale per formare gli operatori attraverso simulazioni avanzate,” ha detto Campitiello.

Accademia e Società Scientifiche: pilastri della formazione

Antonella Polimeni, Rettrice della Sapienza Università di Roma, ha messo in luce il

contributo fondamentale della formazione continua per garantire una sanità equa ed efficace. “La formazione è il baricentro della sanità e della tutela del paziente. Condividere le pratiche e riflettere sul valore della formazione non è solo un esercizio: è la chiave di volta per una sanità più giusta e più efficace.” La necessità di nuovi modelli formativi è stata ulteriormente evidenziata da Pier Luigi Ingrassia, Presidente della Società Europea di Simulazione, il quale ha portato un esempio concreto riguardo alla formazione dei pediatri. “Nel percorso formativo di un pediatra, in quattro anni si prevede una sola intubazione. Questo non è sufficiente per un'adeguata preparazione. Ecco perché la simulazione medica è fondamentale per il corretto addestramento degli operatori sanitari.” Inoltre, Pierpaolo Sileri dell'Università Vita-Salute San Raffaele ha collegato la sicurezza del paziente alla formazione universitaria, affermando: “La sicurezza inizia con una formazione completa del personale sanitario che proviene dall'università. La simulazione rappresenta il mezzo per rendere i nostri ospedali più sicuri, sia per il paziente che ne ha bisogno, sia per i professionisti che offrono le cure.”



Un network di eccellenza: i Centri di Simulazione

Un momento centrale dell'evento è stata la Tavola Rotonda, che ha riunito i responsabili dei principali centri di simulazione in Italia. Stanziati in diverse regioni, i partecipanti hanno discusso le sfide e le opportunità future nella formazione avanzata. Tra i rappresentanti c'erano Anna Poglio del LabSi di Verduno e Rocco Papalia del Centro Simulazione Campus Biomedico, entrambi concordi sull'importanza di utilizzare tecnologie all'avanguardia per ottimizzare l'apprendimento.

NextGen Suite di Simulazione: un nuovo standard

La NextGen Simulation Suite ha offerto

un'esperienza immersiva senza precedenti, rappresentando il futuro della formazione medica. Questa suite comprende:

- **High Fidelity Simulation:** simulatori progettati per ridurre al minimo il confine tra simulazione e realtà, dotati di avanzate funzionalità di intelligenza artificiale.
- **Realtà Virtuale:** spazi immersivi per esplorare in modo innovativo sale di intervento e procedure cliniche complesse in un ambiente totalmente controllato e sicuro.
- **Skill Sphere:** un'area innovativa dedicata alla formazione medica, con tavoli anatomici interattivi e stazioni attrezzate per sessioni hands-on immersive, ponendo enfasi su un apprendimento pratico e tecnologico.



CONCLUSIONI

La sicurezza del paziente è una questione che richiede un impegno collettivo e un approccio multidisciplinare. Accurate continua a essere un leader nella promozione di una cultura della sicurezza del paziente, della formazione clinica e dell'innovazione attraverso la simulazione medica avanzata. Questo impegno mira a garantire la qualità delle cure e la preparazione dei professionisti sanitari in scenari complessi, in un ambiente sicuro, realistico e tecnologicamente avanzato, dove ogni dettaglio è strutturato per ridurre il rischio e migliorare l'efficacia dei trattamenti. "Safe-T è un richiamo all'azione per tutti noi, affinché possiamo lavorare insieme per un futuro dove ogni paziente possa ricevere le migliori cure senza timore di errori", ha concluso Angelotti.



Articolo a cura di
Alfonso Lagi
Medico di Medicina Interna



**CASI
CLINICI**

CASO CLINICO

Un problema sottovalutato

Una donna di 36 anni che si presenta in ambulatorio per diarrea ricorrente. Riferisce una modificazione della consistenza delle feci, da molto molli fino anche liquide, che si verifica per periodi di molti giorni, tanto da modificare le proprie abitudini e a crearle imbarazzo sociale.

Anamnesi familiare: non rilevante

Anamnesi remota: tiroidite di Hashimoto e ipertensione arteriosa

Anamnesi recente: da circa due anni soffre di dolori addominali crampiformi e fastidio definito come meteorismo e pesantezza addominale dopo i pasti, associato a borborigmi e flatulenza superiore e inferiore. Ha tre evacuazioni molli, talvolta liquide, ogni giorno. Inoltre ella riferisce alcuni sintomi molto fastidiosi come una testa confusa che la tormenta per più giorni alla settimana, intervallata da giorni di benessere. Piccoli problemi di memoria, difficoltà a concentrarsi e addirittura a stare sveglia con tendenza all'addormentamento. Inoltre lamenta anche dolori muscolari e articolari, non meglio definiti, cioè diffusi alle varie masse muscolari e alle varie articolazioni. Nega di avere febbre, il peso si mantiene sostanzialmente costante, non c'è sangue nelle feci né alterazioni cutanee. Ha cercato di modificare, su consiglio del medico, la propria dieta, eliminando i prodotti caseari e i legumi, ma non ha avuto beneficio. Negli ultimi tre mesi ha eliminato il pane e gli altri prodotti del frumento che hanno probabilmente portato qualche miglioramento. I test per la malattia celiaca sono nei limiti.

L'esame obiettivo

Paziente in buone condizioni generali, normali i valori di pressione arteriosa, nessun rilievo cardio respiratorio, peso corporeo di 85 kg per un'altezza di 170 cm BMI 30.

Gli esami di laboratorio sono sostanzialmente nella norma, anche il TSH e A1C. La gastroscopia è normale. L'istologia non mostra iperplasia delle cripte o atrofia dei villi ma soltanto un lieve aumento dei linfociti intra epiteliali.

Diagnosi: gluten sensitivity, non celiachia



Discussione

Il glutine è una proteina che si riscontra nel frumento, nella segale e nell'orzo. Questi grani contengono però altre proteine, inibitori dell'alfa amilasi e della tripsina. L'esposizione della mucosa intestinale al glutine parzialmente digerito e a queste proteine porta a una cascata fisiopatologica che definisce sia la malattia celiaca, sia la gluten sensitivity.

Quest'ultima è definita così perché la sottrazione del glutine porta a un miglioramento dei sintomi e la sua reintroduzione alla recidiva degli stessi.

A parte i sintomi descritti dalla paziente, altri sintomi extra intestinali possono includere una neuropatia periferica, eczema, dolore muscolari e articolari, ansia e cefalea. Caratteristico è il cosiddetto offuscamento cerebrale (brain fog) definito da pensiero rallentato e perdita di memoria. Questi sintomi non sono presenti nel colon irritabile da cui va distinta la malattia. Non è presente la ipo sideremia, la perdita di peso e la dermatite erpetiforme.

La diagnosi non si avvale di alcun test specifico. Nel 2015 un gruppo di esperti si incontrarono a Salerno e descrissero la modalità standard di definire la malattia. Il primo passo è escludere la malattia celiaca, successivamente fornire al paziente un questionario da eseguire durante un periodo di tempo durante il quale assume il glutine (frumento, segale e orzo) e, successivamente, dopo una settimana di sospensione.



Articolo a cura di
Alfonso Lagi
Medico di Medicina Interna

QUIZ INTERATTIVO



Herpes Zoster

(fuoco di Sant'Antonio)

1 ► Qual è l'agente eziologico dell'Herpes Zoster?

- A) Herpes simplex virus tipo 1
- B) Varicella-Zoster virus
- C) Epstein-Barr virus
- D) Cytomegalovirus

2 ► Qual è la principale caratteristica clinica dell'Herpes Zoster?

- A) Eruzione cutanea diffusa su tutto il corpo
- B) Eruzione vescicolare localizzata lungo un dermatomero
- C) Eruzione papulosa pruriginosa
- D) Lesioni crostose senza dolore

Uno dei segni precoci caratteristici dell'Herpes Zoster è la comparsa di un'eruzione cutanea che segue il decorso di un nervo su un solo lato del corpo. Questa eruzione compare di solito dopo alcuni giorni di dolore, bruciore o formicolio localizzato nella stessa area. Inizialmente la pelle può presentare piccole macchie o rilievi rossi, che rapidamente si trasformano in vescicole piene di liquido. Nel corso di alcuni giorni, queste lesioni possono rompersi, seccarsi e formare croste. Nelle persone con un sistema immunitario robusto, l'eruzione tende a risolversi entro una o due settimane. Tuttavia, nei soggetti con immunità ridotta, l'infezione può diffondersi più ampiamente e portare a complicanze come encefalite o polmonite.

3 ► Qual è una delle complicanze più comuni dell'Herpes Zoster, soprattutto negli anziani?

- A) Meningite virale
- B) Polmonite
- C) Nevralgia post-erpetica
- D) Encefalite acuta

La nevralgia post-erpetica è una complicanza caratterizzata da dolore neuropatico persistente nella zona colpita dall'eruzione cutanea, che dura per più di 3 mesi dopo la guarigione delle lesioni. È dovuta a danni ai nervi sensoriali causati dal virus varicella-zoster e si manifesta con bruciore, fitte o dolore urente, spesso associato a ipersensibilità cutanea.

4 ► Quale delle seguenti affermazioni riguardanti la trasmissione è corretta?

- A) L'Herpes Zoster è altamente contagioso tramite saliva
- B) Non è contagioso in alcun modo
- C) Può trasmettere la varicella a chi non è immune
- D) Può trasmettere direttamente l'Herpes Zoster ad altri

5 ► Qual è il trattamento antivirale più comunemente usato per l'Herpes Zoster?

- A) Amoxicillina
- B) Aciclovir
- C) Fluconazolo
- D) Azitromicina



- 1 ► Risposta esatta: Varicella-Zoster virus
- 2 ► Risposta esatta: Eruzione vescicolare localizzata lungo un dermatomero
- 3 ► Risposta esatta: Nevralgia post-erpetica
- 4 ► Risposta esatta: Può trasmettere la varicella a chi non è immune
- 5 ► Risposta esatta: Aciclovir



Scansiona il Qr Code



per accedere al nostro
sito web aziendale

KKI/IT/KKI/0209

Kyowa KIRIN



Articolo a cura di
Chiara Caputo
Biologa, Dipartimento Medico-Scientifico di GPP Srl
Francesco Frati
Medico Chirurgo Specialista in Otorinolaringoiatria,
Master Universitario di II livello in Rino-Allergologia Pratica
Marta Squizzato
Biologa, Dipartimento Medico-Scientifico di GPP Srl

NUTRACEUTICA



Innovativi meccanismi di immunomodulazione a livello dell'anello del Waldeyer: ruolo della Nutraceutica Pharma-grade

Lo studio dell'interazione immunologica nei siti di barriera biologica offre prospettive importanti sulla salute umana.

In questo contesto, l'anello del Waldeyer rappresenta una componente chiave del sistema immunitario mucosale.

L'anello del Waldeyer è un aggregato di tessuto linfatico associato alle mucose (MALT) che si sviluppa durante la vita fetale unitamente alle placche di Peyer, intorno alla quarta settimana di gestazione. Queste strutture facilitano l'esposizione del sistema immune ai vari antigeni e le successive risposte immunitarie adattative. È interessante notare che, a differenza delle altre strutture del sistema linfatico secondario, il MALT è privo di capsula o

solo parzialmente incapsulato, il che gli consente di interagire direttamente con gli antigeni esterni a livello delle barriere mucose.

L'anello di Waldeyer in particolare è un accumulo di tessuto linfoide secondario che circonda il tratto aerodigestivo superiore, composto da sottostrutture anatomiche predisposte a proteggere diverse vie d'ingresso: le tonsille palatine si trovano nell'orofaringe, le tonsille linguali nel terzo posteriore della lingua, le tonsille faringee (comunemente chiamate adenoidi) nel rinofaringe e le tonsille tubariche alla base delle trombe di Eustachio.

Essendo una struttura MALT, presenta anch'esso adattamenti

che gli consentono di campionare direttamente l'antigene dal tratto aerodigestivo, in particolare tramite cripte superficiali.

A livello cellulare è composto prevalentemente da cellule del sistema immunitario adattativo, organizzate in follicoli linfatici ricchi di cellule B e in regioni interfollicolari ricche di cellule T. Sulla superficie luminale, queste cellule immunitarie sono coperte da un epitelio specializzato caratterizzato dalla presenza di cellule M, in grado di trasportare attivamente gli antigeni nello stato subepiteliale per il campionamento da parte delle cellule presentanti l'antigene, tra cui cellule dendritiche, macrofagi e cellule B. Le cellule B attivate migrano quindi nei follicoli

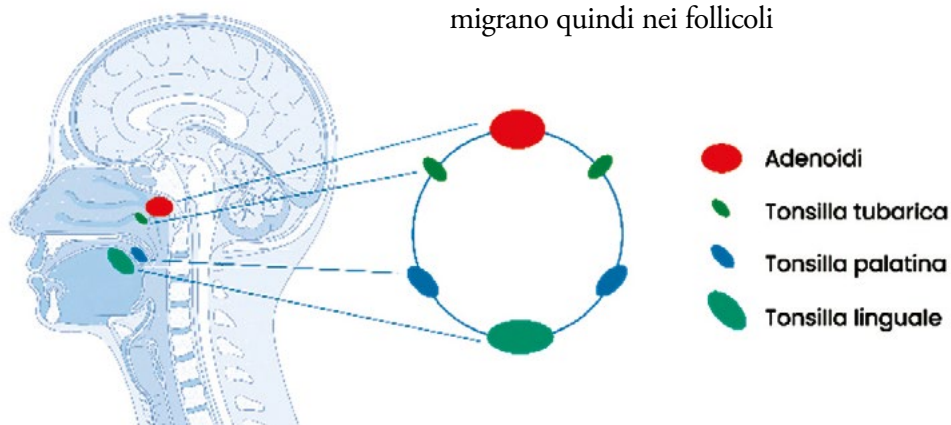


Fig. 1 - Composizione dell'anello di Waldeyer: tonsille palatine, la tonsilla linguale, le tonsille faringee e le tonsille tubariche

linfatici per maturare attraverso la reazione del centro germinativo, producendo anticorpi ad alta affinità, oppure differenziandosi nella regione extrafollicolare in plasmablasti, che producono anticorpi a bassa affinità.¹

Dato che fattori ambientali come la **dieta** possono svolgere un **ruolo fondamentale** nello sviluppo del sistema immunitario, la comprensione del ruolo dell'alimentazione è fondamentale per supportare le difese immunitarie nel ridurre l'incidenza e la gravità delle malattie. La complessità dell'interazione tra nutrizione e immunologia è enorme e lo stato di nutrizione unitamente al modello di assunzione alimentare influenzano il funzionamento del sistema immunitario.

La cavità orale e la mucosa sono le prime aree anatomiche in cui i vari componenti introdotti con il cibo interagiscono con il sistema immunitario. Negli ultimi anni diversi studi hanno evidenziato come i componenti alimentari possono agire come possibili modificatori della risposta immunitaria, attraverso l'ingestione e il contatto diretto con siti attivi specifici presenti a livello dell'anello di Waldeyer:

porta d'accesso al tratto respiratorio e gastrointestinale, che data la sua posizione anatomica, rappresenta un'area di transito obbligatoria per tutti gli alimenti durante l'ingestione.

Grazie alla struttura anatomica e alla posizione quindi l'anello di Waldeyer funge da gatekeeper per i patogeni respiratori ingeriti dalle secrezioni nasali ed è esposto a componenti nutrizionali che localmente possono modulare le

complesso supportano l'integrità della barriera mucosale, la crescita e la differenziazione delle cellule NK, dei linfociti B e delle cellule T-reg e potenziano l'attività chemiotattica e antibatterica di neutrofili e macrofagi.²

Tra i nutrienti:

- la **lattoferrina**, grazie alla sua capacità di sequestrare il ferro, è efficace contro le infezioni microbiche; unitamente a questo effetto meccanico la lattoferrina

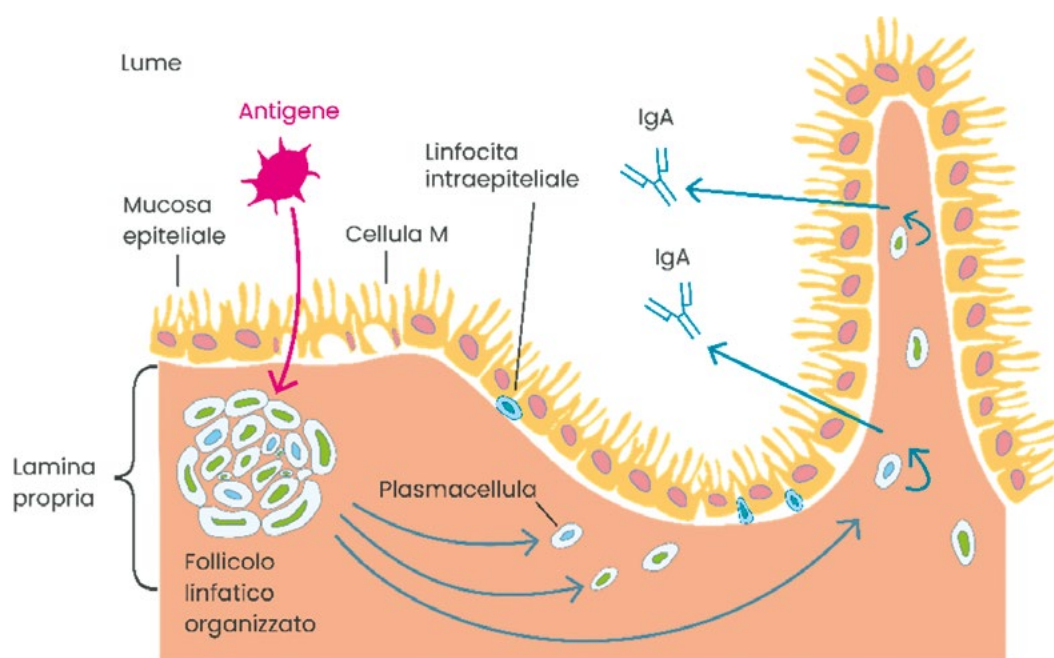


Fig. 2 - Meccanismo d'azione delle cellule M. L'antigene trasportato per mezzo delle cellule M, attraverso lo strato epiteliale, attiva linfociti B. Le Cellule B attivate si differenziano in plasmacellule, producono IgA, e migrano lungo la mucosa.

risposte immunitarie ai patogeni respiratori campionati. Le cripte presenti a livello di quest'area agiscono come molteplici aree di ritenzione, aumentano la superficie di contatto tra i componenti alimentari e le cellule immunitarie, configurandosi come **aree fondamentali per l'interazione del sistema immunitario con i micronutrienti assunti con la dieta.** I micronutrienti nel

è in grado di stimolare la produzione di gamma interferone, citochina fondamentale nei meccanismi di difesa immune nei confronti di patologia infettive respiratorie.^{2,3}

- il **colostro**: composto da lattoferrina ed immunoglobuline mostra un'elevata attività antiossidante ed è un agente orale immunostimolante

che promuove l'attività fagocitaria.⁴

- lo zinco è coinvolto nella regolazione della risposta cellulare e nella protezione dallo stress ossidativo e infiammatorio.⁵
- la vitamina D promuove l'elaborazione degli antigeni da parte delle cellule dendritiche e la sintesi di molecole antimicrobiche, come le defensine.⁶

Sebbene il ruolo specifico dei singoli componenti nutrizionali nella risposta immunitaria sia stato ampiamente studiato, l'**attività sinergica** di specifiche miscele deve ancora essere valutata.

Fa eccezione in maniera positiva lo studio condotto con un mix naturale composto da lattoferrina, colostro, zinco e vitamina D, realizzato presso l'Università La Sapienza di Roma dal gruppo della professoressa Simonetta Masieri; tale studio, pionieristico per quello che riguarda l'innovativa nutraceutica pharma-grade, ha valutato la risposta immunologica in situ (tonsille linguali e mucosa orale) dopo la somministrazione orale della miscela in una popolazione adulta affetta da rinofaringite cronica. È stato studiato il potenziale ruolo immunologico di questa miscela, rilevando le modifiche nella produzione locale di interferone (IFN)- γ e fattore di crescita trasformante (TGF)- β , citochine coinvolte

nella risposta innata e adattativa contro infezioni virali, batteriche e protozoarie. I risultati sono stati molto interessanti in quanto si sono rilevati degli aumenti significativi nelle due citochine immunomodulanti valutate, sia a livello delle tonsille linguali che della mucosa orale. Infatti, dopo 30 giorni di trattamento sono state osservate variazioni in IFN γ (12.8 ± 6.2 vs 17.3 ± 9.9 pg/mL) e TGF β (71.6 ± 24.4 vs 101.6 ± 30.8 pg/mL) a livello della tonsilla linguale e risultati simili sono stati ottenuti anche dalla mucosa orale, IFN γ (9.3 ± 5.9 vs 12.3 ± 6.4 pg/mL) e TGF β (65.7 ± 15.5 vs 82.2 ± 12.5 pg/mL).⁷

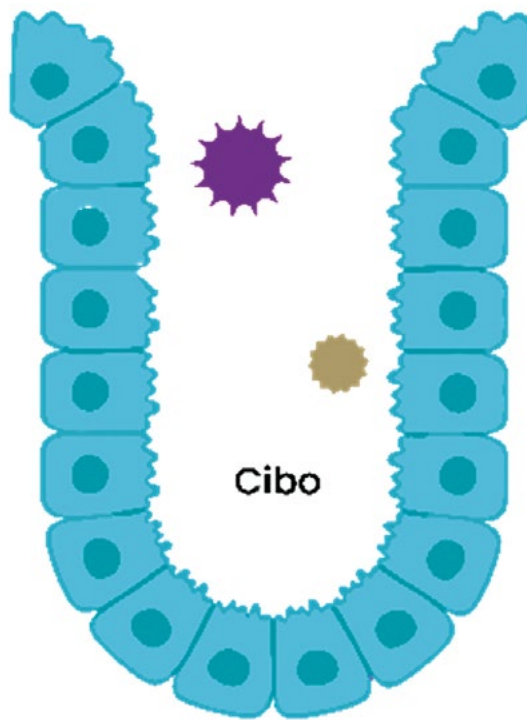


Fig. 3 - Cripta tonsillare, tessuto ghiandolare dell'anello di Waldeyer. Permette l'interazione di micrnutrienti con il sistema immunitario

I dosaggi sono stati eseguiti a livello della mucosa orale e della tonsilla linguale in quanto queste, insieme alle tonsille palatine, interagiscono

con diversi componenti alimentari, avendo un impatto nella regolazione e nella differenziazione del sistema immunitario e influenzando sia la risposta innata che quella acquisita. In particolare la mucosa orale, oltre ad essere una barriera fisica, è anche una interfaccia immunologica e sito di intensa attività immunitaria. La tonsilla linguale, parte dell'anello del Waldeyer, è invece un sito di campionamento e processamento degli antigeni per stimolare i linfociti T e B naïve.

Qual è l'importanza immunologica dell'incremento di queste citochine?

L'IFN- γ aumenta l'efficienza del sistema immunitario promuovendo la sua capacità di esercitare funzioni effettrici antimicrobiche.

L'interferone immunitario, di tipo II o γ -interferone (IFN- γ) svolge un ruolo cruciale nel riconoscimento e nell'eliminazione dei patogeni. Essendo l'effettore centrale dell'immunità cellulo-mediata, l'IFN- γ è in grado di coordinare una vasta gamma di funzioni antimicrobiche.

Questo viene secreto dalle cellule derivate dal timo (T) in determinate condizioni di attivazione e dalle cellule Natural killer (NK). Sebbene originariamente definito come un agente con attività antivirale diretta, le proprietà dell'IFN- γ includono la regolazione di

diversi aspetti della risposta immunitaria, la stimolazione dell'attività battericida dei fagociti, la stimolazione della presentazione dell'antigene attraverso le molecole del complesso maggiore di istocompatibilità (MHC) di classe I e classe

II, l'orchestrazione delle interazioni leucociti-endotelio, nonché gli effetti sulla proliferazione cellulare e sull'apoptosi.⁸

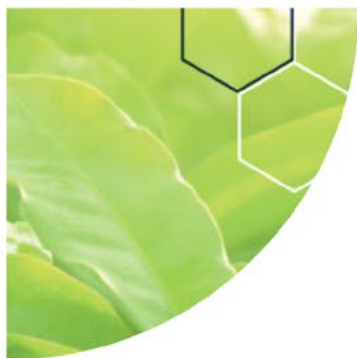
L'approccio scientifico usato, ha fatto comprendere come una somministrazione oromucosale (lattoferrina,

colostro, zinco e vitamina D), mediante un meccanismo site-specific proprio in un'area fondamentale come quella dell'anello del Waldeyer, può potenziare la risposta immune nei confronti di patologie infettive attraverso la produzione di citochine.



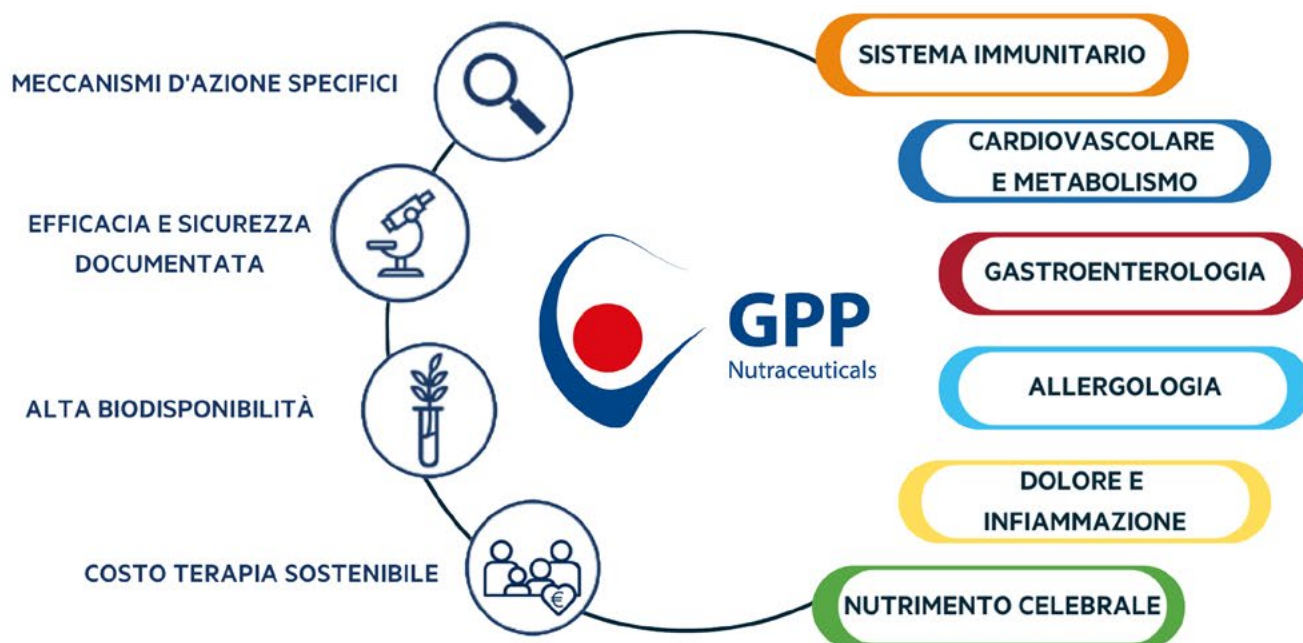
BIBLIOGRAFIA

1. Talks BJ, Mather MW, Chahal M, Coates M, Clatworthy MR, Haniffa M. Mapping Human Immunity and the Education of Waldeyer's Ring. *Annu Rev Genomics Hum Genet.* 2024 Aug;25(1):161-182. doi: 10.1146/annurev-genom-120522-012938. Epub 2024 Aug 6. PMID: 38594932.
2. Govers C, Calder PC, Savelkoul HFJ, Albers R, van Neerven RJJ. Ingestion, Immunity, and Infection: Nutrition and Viral Respiratory Tract Infections. *Front Immunol.* 2022 Feb 28;13:841532. doi: 10.3389/fimmu.2022.841532. PMID: 35296080; PMCID: PMC8918570.
3. Demir R, Sarıtaş S, Bechelany M, Karav S. Lactoferrin: Properties and Potential Uses in the Food Industry. *Int J Mol Sci.* 2025 Feb 7;26(4):1404. doi: 10.3390/ijms26041404. PMID: 40003872; PMCID: PMC11855648.
4. Duan H, Sun Q, Chen C, Wang R, Yan W. A Review: The Effect of Bovine Colostrum on Immunity in People of All Ages. *Nutrients.* 2024 Jun 25;16(13):2007. doi: 10.3390/nu16132007. PMID: 38999755; PMCID: PMC11242949.
5. Jarosz M, Olbert M, Wyszogrodzka G, Młyniec K, Librowski T. Antioxidant and anti-inflammatory effects of zinc. Zinc-dependent NF- κ B signaling. *Inflammopharmacology.* 2017 Feb;25(1):11-24. doi: 10.1007/s10787-017-0309-4. Epub 2017 Jan 12. PMID: 28083748; PMCID: PMC5306179.
6. Ismailova A, White JH. Vitamin D, infections and immunity. *Rev Endocr Metab Disord.* 2022 Apr;23(2):265-277. doi: 10.1007/s11154-021-09679-5. Epub 2021 Jul 29. PMID: 34322844; PMCID: PMC8318777.
7. Masieri S, Frati F, Cavaliere C, Scquizzato M, Guida S, Manti S, Torello G, Di Cara G, Mainiero F. Immunological variations in Waldeyer's ring and oral mucosa during oromucosal supplementation with lactoferrin, colostrum, zinc and vitamin D, preliminary data. Submitted (2025)
8. Lee AJ, Ashkar AA. The Dual Nature of Type I and Type II Interferons. *Front Immunol.* 2018 Sep 11;9:2061. doi: 10.3389/fimmu.2018.02061. PMID: 30254639; PMCID: PMC6141705.



GPP
Nutraceuticals

*In un mercato indifferenziato progettiamo **NUTRACEUTICI INNOVATIVI** di alta qualità (**PHARMA-GRADE**) con specifici meccanismi di azione (**SITE-SPECIFIC**), con **EFFICACIA** e **SICUREZZA DOCUMENTATA** sia da sperimentazioni di tipo pre-clinico che clinico e con un **COSTO TERAPIA SOSTENIBILE***



Vuoi saperne di più?
Inquadra il QR e visita
il nostro sito.





Intervista al Dott.

Carlo Nozzoli

Direttore di Medicina Interna e
Dipartimento di Emergenza e Urgenza
delle Specialità di Careggi

Un nuovo modello organizzativo per le cure ospedaliere



Il dottor Carlo Nozzoli, direttore della Medicina Interna e del Dipartimento di Emergenza e Urgenza di Careggi, ci parla di un tema di grande attualità legato a un nuovo modello organizzativo per gli ospedali, in particolare un comanagement fra internisti e geriatri da una parte e chirurghi specialistici dall'altra.

Dottor Nozzoli, può illustrarci brevemente a cosa si riferisce questo modello organizzativo?

Questo modello organizzativo nasce da un'esigenza molto precisa, legata all'invecchiamento della popolazione e alla crescente presenza, nei pazienti, di più patologie concomitanti, quindi al problema della **multimorbilità**. Questo fa sì che anche i pazienti chirurgici possano andare incontro a complicanze di tipo medico, soprattutto in relazione alle cronicità di cui sono portatori.

Il modello prevede quindi la presenza di medici internisti o geriatri all'interno delle aree di attività chirurgica, non più soltanto in qualità di consulenti occasionali, come avveniva in passato, ma attraverso una vera e propria presa in carico dei pazienti,

individuati anche in collaborazione con i chirurghi, garantendo una presenza continua e strutturata nei reparti. Questo approccio comporta indubbi vantaggi, perché consente una presa in carico complessiva da parte di un medico "generalista", in grado di affrontare in modo integrato tutti i problemi del paziente.

Può fornirci alcuni dati relativi a questa esperienza?

Questa esperienza, nel nostro ospedale, è attiva in diversi ambiti: dall'ortopedia, dove è prevalentemente seguita dai geriatri, alla neurochirurgia e alla chirurgia d'urgenza, affidate agli internisti; anche la chirurgia generale ed elettiva è seguita dagli internisti. È inoltre opportuno citare il ruolo dei cardiologi in ambito cardiocirurgico.

In media, la presa in carico riguarda circa il **30% dei pazienti** ricoverati nei reparti chirurgici, con variazioni in base ai diversi settori. I dati disponibili evidenziano un miglioramento significativo di alcuni indicatori, in particolare una riduzione delle complicanze mediche, un minor numero di ri-ricoveri successivi all'intervento chirurgico per cause mediche e una ridotta necessità

di trasferimento verso altri reparti, sia subintensivi o intensivi sia di tipo medico, come avveniva più frequentemente in passato.

Gli specialisti chirurgici continuano quindi a gestire il proprio ambito di competenza?

Certamente. I chirurghi continuano a occuparsi degli aspetti specifici dell'intervento, come la ferita chirurgica e il decorso post-operatorio, mentre per eventuali complicanze di natura polmonare, cardiologica, vascolare o di altro tipo è attiva una sorveglianza costante, con interventi di prevenzione e trattamento mirati.

Come è organizzato operativamente il servizio?

Il servizio è garantito da un gruppo di colleghi che svolge questa attività in modo continuativo. Gli internisti partecipano al briefing mattutino insieme ai chirurghi, durante il quale viene analizzata la tipologia dei pazienti presenti e identificati quelli che necessitano di una presa in carico internistica. Il medico internista visita i pazienti, richiede gli esami diagnostici necessari e imposta le terapie appropriate. Al momento della dimissione, la relazione clinica resta a carico del chirurgo, ma include anche una sezione redatta dall'internista, con indicazioni e

raccomandazioni rivolte al medico curante per la gestione delle problematiche internistiche. Si tratta quindi di un'evoluzione significativa nella gestione del paziente ricoverato.

Sì, rappresenta certamente un'evoluzione importante. I dati sono incoraggianti e l'organizzazione è ormai ben strutturata.

Un ulteriore vantaggio è che il medico internista svolge anche una funzione di coordinamento delle consulenze specialistiche. In passato, nei reparti chirurgici, venivano richieste numerose consulenze – cardiologiche, diabetologiche, infettivologiche, pneumologiche – spesso in modo frammentato. Oggi questo processo è mediato dall'internista, che coinvolge gli specialisti quando necessario e garantisce una visione d'insieme del quadro clinico. In precedenza, infatti, il paziente poteva ricevere molteplici consulenze talvolta non pienamente coordinate tra loro, con il rischio di indicazioni anche discordanti.

Questo approccio comporta anche un risparmio di risorse?

Sì, perché consente di ridurre il numero di consulenze non strettamente necessarie, ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili.

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





medmagazine

*vi augura
Buone Feste!*