

ANNO X - NUMERO 02 / GIUGNO 2026

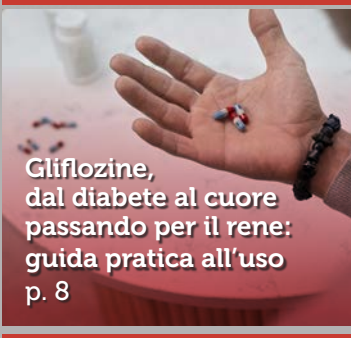
medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico



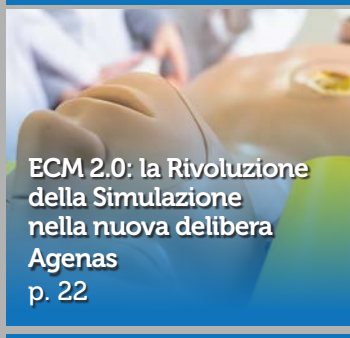
Efficienza e sicurezza di dexibuprofene nel trattamento del dolore osteoarticolare

ATTUALITÀ



Gliflozine, dal diabete al cuore passando per il rene: guida pratica all'uso
p. 8

FORMAZIONE



ECM 2.0: la Rivoluzione della Simulazione nella nuova delibera Agenas
p. 22

CASO CLINICO



Non solo dolori articolari
p. 31

L'ESPERTO RISPONDE



Epatite A: Intervista al Dott. Vincenzo Esposito
p. 41



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

SIMG

REGIONALI

2026



SAVE THE DATE



LAZIO
11-12 SETTEMBRE 2026



SARDEGNA
16-17 OTTOBRE 2026



BASILICATA-PUGLIA
2-3 OTTOBRE 2026

<https://regionali.simgvirtualcongress.it>

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

Direttore Responsabile
Camilla Mencarelli

Direttore Commerciale
Cristiano Poggiali

Direzione Scientifica
Marco Borderi
Francesco Fattirolli
Alfonso Lagi

Hanno collaborato
a questo numero:
Marco Besana
Marco Borderi
Lorenzo Colombo
Alfonso Lagi
Lucia Muraca
Stefano Luca Patania
Cristiano Poggiali
Maria Vittoria Silverii
Marco Vatri

Intervista al Dott.
Vincenzo Esposito

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

L'Editore e il Direttore Responsabile
garantiscono la correttezza editoriale
della pubblicazione; i contenuti
degli articoli restano sotto la
responsabilità scientifica
dei singoli Autori.

Le informazioni contenute negli
articoli riflettono le conoscenze
scientifiche disponibili al momento
della pubblicazione e sono rivolte a
un pubblico di professionisti sanitari.
Le valutazioni cliniche e organizzative
devono essere contestualizzate
nell'ambito della pratica
professionale e della responsabilità
del singolo medico.

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

■ Efficacia e sicurezza di dexibuprofene come automedicazione nel trattamento del dolore osteoarticolare.....	4
■ Gliflozine, dal diabete al cuore passando per il rene: guida pratica all'uso	8
■ Chi ha paura delle statine?	11
■ Il CMNV (Covert Mortality NodaVirus).....	14
■ Listeria Monocytogenes	18
■ ECM 2.0: la Rivoluzione della Simulazione nella nuova delibera Agenas	22
■ Rifondare l'Health Coaching L'evoluzione dell'empowerment per Salute e Benessere	24
■ Non solo dolori articolari	30
■ Chi lo sa?	32
■ Allergie e nutraceutici nel quotidiano, un fenomeno in forte crescita	33
■ Intervista al Dott. Vincenzo Esposito	45



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

43° CONGRESSO NAZIONALE SIMG

ISCRIZIONI APERTE

INNOVAZIONE

SIMULAZIONE

CONFRONTO

**INTELLIGENZA
ARTIFICIALE**

SESSIONI VIRTUALI

DAL 21 NOVEMBRE 2026 AL 31 GENNAIO 2027

SESSIONI IBRIDE

26 - 28 NOVEMBRE 2026 FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO

CONGRESSO2026.SIMGVIRTUALCONGRESS.IT



med

ATTUALITÀ SANITARIA

medmagazine



Articolo a cura di
Lucia Muraca
Medico di Medicina Generale SIMG
certificato "Esperto in medicina del dolore"
Referente AISD Calabria
Membro macro-area Progettuale SIMG Fragilità

ATTUALITÀ SANITARIA

Efficacia e sicurezza di dexibuprofene come automedicazione nel trattamento del dolore osteoarticolare

INTRODUZIONE

Dexibuprofene e automedicazione: una scelta possibile nel dolore osteoarticolare lieve moderato

Il dolore cronico come quello che si identifica nel dolore osteoarticolare, non è semplicemente un dolore acuto che dura più a lungo, ma una patologia a sé stante che insorge quando un dolore acuto, originariamente concepito come segnale d'allarme fisiologico, non viene gestito correttamente o persiste nel tempo.

Quando il dolore supera i tre mesi, subisce modificazioni plastiche a livello funzionale e strutturale del sistema nervoso (cronicizzazione), perdendo la sua funzione utile trasformandosi in un'entità patologica autonoma. Questa trasformazione comporta cambiamenti radicali nella vita del paziente, generando una profonda vulnerabilità sia fisica che psicosociale. Le conseguenze includono una severa compromissione della qualità della vita. La chiave per ridurre l'impatto del dolore cronico risiede nel riconoscimento tempestivo e nella gestione precoce del

dolore acuto. Intervenire tempestivamente sui fattori di rischio siano essi biologici (infiammazione persistente), psicologici (ansia, depressione) o sociali è fondamentale per interrompere il processo di cronicizzazione e migliorare la prognosi a lungo termine. Le condizioni croniche possono essere migliorate riducendo i fattori di rischio modificabili. Il dolore osteoarticolare è tra i vari tipi di dolore una condizione comune nella popolazione adulta e rappresenta una delle principali cause di ricorso all'automedicazione. Diversi programmi educativi, tra cui il Programma di Autogestione delle

Malattie Croniche (CDSMP), hanno dimostrato i vantaggi di potenziare l'empowerment del paziente e l'alfabetizzazione sanitaria. In presenza di sintomi lievi o moderati, ricorrenti e già noti al paziente, l'impiego autonomo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) può risultare appropriato, purché avvenga in modo informato, per brevi periodi e nel rispetto delle indicazioni autorizzate. In questo contesto, il dexibuprofene, enantiomero attivo dell'ibuprofene, per le sue caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche si configura come un'opzione di interesse.

Dolore osteoarticolare e uso responsabile dei FANS

Il dolore di origine osteoarticolare presenta peculiarità specifiche a seconda del distretto colpito, ma è in generale una malattia degenerativa cronica in cui si sovrappongono episodi ricorrenti di infiammazione, **che sono causa di accessi dolorosi acuti** e rappresentano un meccanismo lesivo addizionale



Consapevolezza del paziente e rispetto delle raccomandazioni regolatorie sono presupposti essenziali per un impiego appropriato

per l'articolazione, il dolore è frequentemente legato a sovraccarico funzionale, microtraumi o riacutizzazioni infiammatorie di condizioni note. In queste fasi la somministrazione di FANS è essenziale. In assenza di segni di allarme, tali disturbi possono essere inizialmente gestiti con un prudente approccio di automedicazione responsabile, limitando durata e dosaggio del trattamento ed evitando il più possibile l'uso protratto o ripetuto senza il confronto con il medico.

Dexibuprofene: efficacia clinica in automedicazione

Il dexibuprofene è indicato nel trattamento del dolore lieve moderato su base infiammatoria, incluso quello osteoarticolare,

ma può essere impiegato con medesimi risultati in un ampio spettro di condizioni dolorose su base infiammatoria. L'esperienza clinica documenta una buona rapidità d'azione e una riduzione efficace della sintomatologia dolorosa, con conseguente miglioramento della funzionalità articolare. La possibilità di ottenere beneficio con dosaggi contenuti rappresenta un vantaggio rilevante in ambito di automedicazione, in linea con i principi di appropriatezza terapeutica. La sua efficacia è sostenuta da un profilo farmacocinetico eccellente che garantisce un rapido assorbimento e una distribuzione nel liquido sinoviale e nel liquido cerebro-spinale, le due sedi dove le prostaglandine si rendono protagoniste dei

fenomeni di sensibilizzazione periferica e centrale, alla base della fisiopatologia del dolore infiammatorio osteoarticolare. L'emivita del dexibuprofene in questi distretti è molto più lunga di quella che si osserva nel plasma, rendendo conto di due aspetti farmacologici di enorme importanza: la ridotta emivita plasmatica limita gli effetti inibitori **sulle COX a livello gastrico ed endoteliale**, contribuendo al profilo di sicurezza del farmaco; la persistenza nel liquido sinoviale e nel liquido cerebro-spinale prolunga fino a 12 ore l'effetto farmacologico di un'unica somministrazione di farmaco, ben oltre quanto atteso dall'emivita plasmatica, inoltre il dexibuprofene rispetto all'ibuprofene è costituito

solo dall'enantiomero attivo, responsabile dell'attività antinfiammatoria. Oltre agli aspetti farmacocinetici, contribuiscono alla sicurezza del dexibuprofene anche gli aspetti farmacodinamici: il dexibuprofene ha una moderata potenza di inibizione sulle COX-1 e COX-2 e questo è alla base del suo ottimo profilo di sicurezza. Accumulandosi però nelle sedi dove l'inibizione delle COX è richiesta, conserva un ottimo profilo di efficacia. Restano tuttavia valide le precauzioni comuni a tutti i FANS, in particolare nei soggetti con comorbidità gastrointestinali, cardiovascolari o renali e in presenza di terapie concomitanti. Fondamentale il

ruolo del medico e del farmacista nell'educazione del paziente a un uso consapevole del farmaco cercando di potenziare l'empowerment del paziente e la consapevolezza terapeutica e sanitaria. L'automedicazione deve essere integrata da misure non farmacologiche, come il riposo funzionale e le applicazioni locali di freddo, ed essere interrotta in caso di mancata risposta o peggioramento dei sintomi.

Conclusioni

Nel dolore osteoarticolare lieve/moderato il dexibuprofene può rappresentare una scelta efficace e generalmente sicura nell'automedicazione, a condizione che l'uso sia limitato nel tempo, a dosaggi corretti e

riservato a quadri clinici già noti. La consapevolezza del paziente e il rispetto delle raccomandazioni regolatorie costituiscono presupposti essenziali per un impiego appropriato.

BIBLIOGRAFIA

1. Fornasari D, Grassi FA. Il ruolo del dexibuprofene nel trattamento del dolore osteoarticolare: aspetti farmacologici e clinici. *Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia*. 2019;45:75-83.
2. Faurie C, Alvergne A, Cheng D, Duflos C, Elstgeest L, Ferreira R, Raat H, Valsecchi V, Pilotto A, Baker G, Pisano MM, Pers YM. Can pain be self-managed? Pain change in vulnerable participants to a health education programme. *Int J Health Plann Manage*. 2024 Sep;39(5):1313-1329. doi: 10.1002/hpm.3802. Epub 2024 Mar 28. PMID: 38549189.
3. Gažová A et al. Dexibuprofen – a portrait. *Evidence for Self Medication*. 2021.
4. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). *Farmaci di automedicazione e uso appropriato dei FANS*.




Simulazioni cliniche con paziente virtuale

1

Un dolore da stringere i denti



2

Braccio di ferro con il dolore: KO del tennista da scrivania



**DALLA VALUTAZIONE CLINICA
ALLA GESTIONE TERAPEUTICA
DEL DOLORE ACUTO**

DAL 16 MARZO AL 31 DICEMBRE 2026



VoltaDexi

200mg
Comprese rivestite con film

Dexibuprofene

Tecnologia innovativa^{1*}, concentra solo l'enantiomero attivo dell'Ibuprofene il DEXIBUPROFENE²



Anche a
**STOMACO
VUOTO²**

TRIPLO EFFETTO²

 **ANTIDOLORIFICO²**  **ANTINFIAMMATORIO²**  **ANTIPIRETICO²**

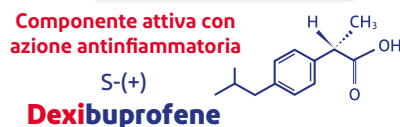
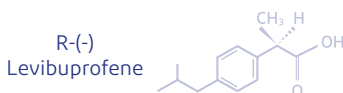
Enantiomero farmacologicamente attivo

L'**Ibuprofene** nelle forme farmaceutiche in commercio è presente come una **miscela racemica** dei due enantiomeri che comprende quantità uguali di R(-)-Ibuprofene e S(+)-Ibuprofene³.

IBUPROFENE

COMPONENTE
NON ATTIVA

COMPONENTE
ATTIVA



Studio sulla sicurezza, efficacia e tollerabilità DEXIBUPROFENE vs IBUPROFENE^{2,5}

L'**esperienza clinica ha dimostrato** che il rischio di effetti indesiderati indotti da **DEXIBUPROFENE** è ampiamente paragonabile a quello dell'**IBUPROFENE RACEMICO^{2,5}**.



Studio clinico su

483
pazienti

percentuale di eventi gastrointestinali nel gruppo con Dexibuprofene **significativamente inferiore** vs Ibuprofene^{2,5}

DISEGNO DELLO STUDIO: N=483; dose giornaliera 800 mg Dexibuprofene vs 1600 mg Ibuprofene per 14 giorni.



OBIETTIVO: valutare il tasso di eventi gastrointestinali.

Grazie a una **tecnologia innovativa¹**, basata sulla cristallizzazione differenziale è stato possibile concentrare in VoltaDexi **solo l'enantiomero farmacologicamente attivo dell'Ibuprofene**, ossia quello con azione antidolorifica, antinfiammatoria e antipiretica².

- Dopo somministrazione orale, il **dexibuprofene si assorbe rapidamente⁴** (picco plasmatico in 2 ore)
- Il **dexibuprofene ha un ridotto carico metabolico⁴** rispetto all'ibuprofene racemico
- **Dosaggio minore a parità di efficacia⁴**, maggiore accettabilità/compliance da parte del paziente
- Possibilità di assunzione a **stomaco vuoto²**

BIBLIOGRAFIA: 1. Gazova et al. Dexibuprofen a portrait Evidence for Self Medication International Review Journal 2021.1210324 DOI 10.52778efsm.21.0324 2. VoltaDexi riassunto delle caratteristiche del prodotto. 3. Gliszczynska A, Sanchez-Lopez E. Dexibuprofen Therapeutic Advances: Prodrugs and Nanotechnological Formulations. Pharmaceutics. 2021 Mar 19;13(3):414. 4. Fornasari, Grassi. Il ruolo del dexibuprofene nel trattamento del dolore osteoarticolare: aspetti farmacologici e clinici. S. Zamani et al. Comparison of safety, efficacy and tolerability of dexibuprofen and ibuprofen in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. Wien Klin Wochenschr. 2014 Jun;126(11-12):368-75. *Basata sulla cristallizzazione differenziale.

Classificazione ai fini della fornitura: medicinale SOP - Medicinale non soggetto a prescrizione medica ma non da banco. Regime di dispensazione: Classe C. Prezzo indicativo per la confezione da 20 compresse: ai sensi della Legge 296/2006 il prezzo è stabilito da ciascun titolare di punto vendita.

Materiale promozionale destinato agli operatori sanitari depositato presso l'AIFA il: 12/09/2026. VIETATA LA DISTRIBUZIONE O L'ESPOSIZIONE AL PUBBLICO. Marchi di Haleon o sue licenzianti. © 2026 Haleon o sue licenzianti. Codice di deposito Aziendale PM-IT-VOLT-26-00044.

Inquadra il QR code per consultare il RCP di VoltaDexi





Articolo a cura di
Maria Vittoria Silverii
Medico di Medicina Generale
Specialista in Geriatria - AOU Careggi SOD Riabilitazione Cardiologica e Geriatrica
Geriatria per l'alta intensità e cardiologia geriatrica

ATTUALITÀ SANITARIA

Gliflozine, dal diabete al cuore passando per il rene: guida pratica all'uso

Le gliflozine, o inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) sono una classe di farmaci che hanno rivoluzionato la terapia del diabete mellito tipo 2, aiutando il rene a rimuovere l'eccesso di glucosio attraverso le urine. Ma al di là del controllo della glicemia, hanno mostrato benefici notevoli nel trattamento dello scompenso cardiaco nonché nel rallentamento della progressione dell'insufficienza renale cronica, anche nei pazienti senza diabete.

Sono farmaci estremamente maneggevoli, sia per il medico che per il paziente. Da luglio 2025, non è più necessario piano terapeutico. Il costo della molecola è esiguo se confrontato con i benefici ottenuti. La somministrazione è uni-die, esistono numerose combinazioni precostituite, non

interagisce significativamente con il cibo o altri farmaci.

Diabete mellito tipo 2

Le Gliflozine nascono come antidiabetici, indicate per il trattamento del DM tipo 2 non sufficientemente controllato in aggiunta a dieta ed esercizio fisico, sia in monoterapia (quando la metformina è inappropriata / non tollerata) che in aggiunta ad altri farmaci. L'effetto di riduzione della glicata è tra 0.5% e l'1.0% a seconda del dosaggio



Bisogna monitorare attentamente la funzionalità renale dopo la terapia

e dei valori di partenza. Anche se la glicata (HbA1c) è a target, bisogna considerare l'aggiunta di una Gliflozina in terapia qualora ci fosse un evento cardiovascolare o una riduzione della funzione renale.

L'effetto ipoglicemizzante si riduce con la riduzione del filtrato renale, mantenendo però effetto cardio e nefroprotettivo. Le molecole attualmente disponibili sono Canaglifozin (100-300 mg), Dapaglifozin (10 mg), Empaglifozin (10-25 mg), Ertuglifozin (5-15 mg): tranne che per il Dapaglifozin (che ha dosaggio unico) la dose può essere titolata se necessario, valutando però funzione renale ed età del paziente.

Scompenso cardiaco

Le gliflozine (inibitori SGLT2) sono indicate e raccomandate per lo scompenso cardiaco, indipendentemente dalla frazione di eiezione (inclusa la forma a funzione preservata),

rappresentano ormai un caposaldo terapeutico. Attualmente sono prescrivibili Dapaglifozin (10 mg) ed Empaglifozin (10 mg). Il buon profilo di tollerabilità e la semplicità di impiego, con un'unica somministrazione senza

Inibitori del SGLT2 sono MANEGGEVOLI



Una volta al giorno



Con o senza cibo



Semplici da conservare e somministrare



Poche interazioni con altri farmaci

necessità di titolazione, consente di iniziare facilmente ed in sicurezza il trattamento. In tutti gli studi condotti in pazienti con scompenso cardiaco è stata osservata una riduzione significativa degli eventi avversi per scompenso già entro 30 giorni dall'inizio del trattamento, non hanno rischio di iperpotassiemia. Inoltre, i

benefici associati all'uso delle gliflozine nell'HFReEF sono additivi rispetto agli altri trattamenti "disease-modifying", indipendentemente dalla qualità della terapia concomitante.

Insufficienza renale cronica

Le gliflozine hanno dimostrato una riduzione significativa del rischio di progressione verso la dialisi o l'insufficienza renale terminale, offrendo una potente nefroprotezione anche in pazienti senza diabete mellito.

In Italia solo Dapagliflozin ed Empagliflozin (dosaggio 10 mg) sono prescrivibili per la malattia renale cronica, con possibilità di introdurre la terapia fino a filtrati rispettivamente di 25 e 20 ml/min/1.73 m², ma può essere proseguita anche con un peggioramento del filtrato glomerulare. La terapia è prescrivibile per riduzione del filtrato glomerulare (< 45 ml/min), oppure in presenza di proteinuria (individuata con rapporto ACR urinario > 200 mg/g) anche con filtrato più elevato. Bisogna monitorare attentamente la funzionalità renale dopo la terapia, che frequentemente ha un peggioramento transitorio, che tuttavia non deve scoraggiare la prosecuzione della terapia.

A cosa prestare attenzione

Quando si inizia la terapia, bisogna spiegare al paziente che è necessaria una igiene intima accurata, soprattutto nel primo periodo. È consigliabile rivalutare la terapia diuretica, ed accertarsi che il paziente assuma un introito sufficiente di liquidi. L'effetto diuretico è particolarmente potente nel paziente diabetico (proporzionale alla glicemia!) e si riduce con la progressione dell'insufficienza renale. Particolare attenzione va prestata ai pazienti anziani, che sono predisposti a disidratazione

Attualmente le gliflozine sono rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale in Italia (in Fascia A) per:

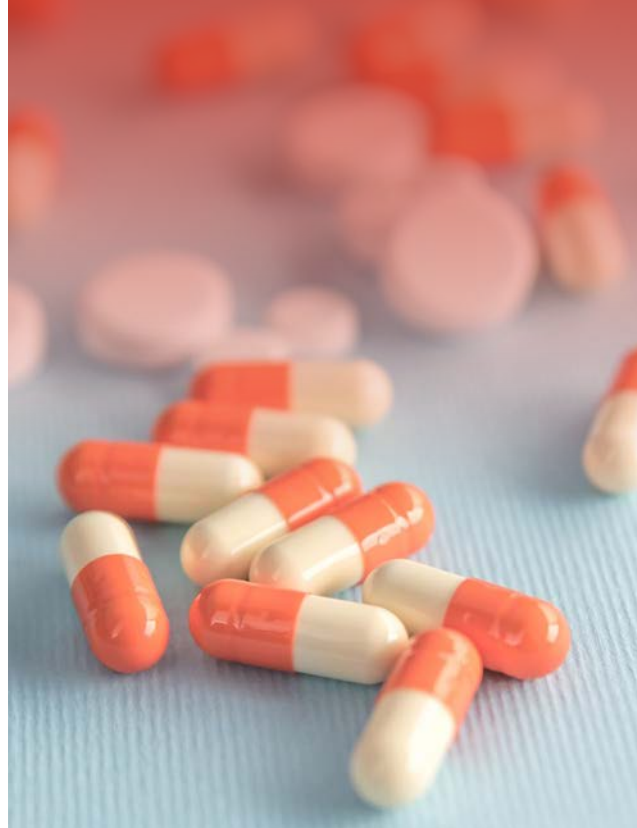
- **Diabete mellito di tipo**
- **Scompenso cardiaco cronico sintomatico**
- **Insufficienza renale cronica**

ed infezioni del tratto genito-urinario; inoltre la dispersione di calorie per la glicosuria può aggravare condizioni di malnutrizione. Nelle donne anziane, può peggiorare osteoporosi e rischio di fratture. Inoltre è consigliato sospendere le terapie durante malattia in fase acuta (ad esempio infezioni) e ricoveri per chirurgia maggiore.



CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE:

- **diabete di tipo 1**
- **chetoacidosi diabetica**
- **insufficienza renale terminale**
- **gravidanza/allattamento**





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

Chi ha paura delle statine?

Quante volte vi è capitato di sentire: "ho il colesterolo alto, ma non mi dia le statine dottore, che fanno male".

Da oltre trent'anni le statine rappresentano uno dei pilastri della prevenzione cardiovascolare, eppure continuano a suscitare diffidenza, timori e talvolta una vera e propria ostilità da parte dei pazienti tanto che pur essendo fra i farmaci più prescritti al mondo, allo stesso tempo, sono fra i più temuti e abbandonati. Negli anni le statine sono state accusate di molte cose, tra cui: danneggiare i muscoli, affaticare il fegato, causare diabete, causare

demenza, e perfino di essere un'invenzione dell'industria per medicalizzare persone sane.

Queste accuse in parte sono dovute a un vero e proprio "negazionismo delle statine", alimentato da libri, blog e da alcune voci critiche che hanno ottenuto ampia visibilità mediatica. Il resto lo fa il passaparola: il cognato che "da quando le prende non cammina più", il forum, i social e via dicendo.

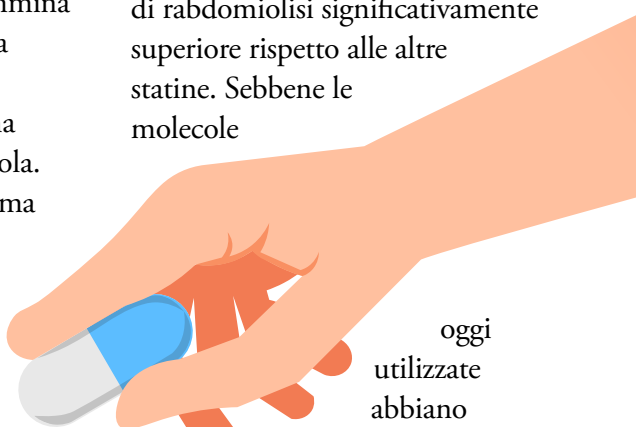
Il punto è che la paura, una volta seminata, lavora da sola. In medicina questo si chiama "effetto nocebo":

se ci si aspetta un danno,

spesso lo si percepisce anche quando, farmacologicamente, il danno non c'è.

Ma da dove nasce questa paura?

La diffidenza, va detto, non nasce dal nulla. C'è un episodio reale che ha lasciato il segno. Alla fine degli anni '90 la cerivastatina fu ritirata dal mercato per un rischio di rhabdmiolisi significativamente superiore rispetto alle altre statine. Sebbene le molecole



oggi utilizzate abbiano un profilo di sicurezza

completamente diverso, quell'episodio contribuì a radicare nell'opinione pubblica il timore della tossicità muscolare.

L'effetto nocebo

L'evidenza sul nocebo da statine è quasi imbarazzante per quanto è netta. Due grossi studi, SAMSON e StatinWISE, hanno



sottoposto in cieco gli stessi pazienti a periodi alternati di statina e di placebo, ripetuti più volte: in entrambi l'intensità dei sintomi durante i mesi di placebo era pressoché identica a quella dei mesi di statina, e la quota di disturbo realmente attribuibile alla molecola risultava minima. Un altro trial, l'ASCOT-LLA, ha dimostrato che finché i pazienti non sapevano se stavano assumendo statina o placebo i dolori muscolari erano gli stessi nei due gruppi; appena veniva detto loro cosa stavano assumendo davvero, chi prendeva la statina iniziava a lamentare molti più dolori.

Questo non significa che l'intolleranza alle statine non esiste. Esiste, ed è giusto prenderla sul serio: una minoranza di pazienti ha realmente mialgie correlate al farmaco, e in casi rarissimi quadri di miopatia con CPK elevate. Una recente metanalisi su oltre 150.000 pazienti ha mostrato che oltre il 90% dei sintomi muscolari attribuiti alle statine non è in realtà causato dal farmaco: la quota di disturbi muscolari realmente farmacologici è intorno allo 0,5-1%.

Cosa è vero e cosa no riguardo alle statine

Vale la pena fare ordine fra i timori, separando il fondato dal leggendario. I **dolori muscolari** sono il motivo di sospensione più frequente. Ne

abbiamo già parlato, sono reali, ma vanno ridimensionati al loro numero effettivo.

Il **rischio di diabete** è il più solido tra i timori ma anche il più frainteso. È vero: le statine aumentano in modo molto modesto la probabilità di una nuova diagnosi di diabete. L'eccesso però è piccolo, si parla di qualche caso ogni centinaio di pazienti trattati per diversi anni e si concentra in persone che avevano già un alto rischio di sviluppare diabete indipendentemente dal farmaco. A fronte di questo, la riduzione di infarti e ictus è ampiamente superiore

Il **declino cognitivo** è invece un fantasma. L'allarme è scattato oltre dieci anni fa da segnalazioni aneddotiche, tanto che alcune

per la demenza, così che oggi ridurre il colesterolo compare tra le strategie di prevenzione del declino cognitivo.

Quanto al **fegato**, incremento degli indici di danno epatico superiori a tre volte il limite si osservano in meno dell'1% dei pazienti, sono dose-dipendenti e reversibili alla sospensione del farmaco, e l'epatotossicità grave è un evento eccezionale.

C'è infine il timore che abbassare il colesterolo possa compromettere la produzione di ormoni steroidei, dal testosterone al cortisolo. In realtà le evidenze disponibili sono rassicuranti: le statine non determinano variazioni clinicamente significative della funzione surrenalica o dei livelli ormonali e non risultano associate a problemi di fertilità o funzione sessuale.


Queste paure in parte sono dovute a un vero e proprio "negazionismo delle statine", alimentato da libri, blog e da alcune voci critiche che hanno ottenuto ampia visibilità mediatica.

Il prezzo della sospensione

Finora abbiamo parlato di paure. Ma queste paure non sono fini a loro stesse, hanno un prezzo, e lo paga il paziente. L'aderenza alle statine è notoriamente pessima: molti pazienti si rifiutano di assumerle e una quota consistente di chi inizia smette entro il primo anno.

Molte di queste sospensioni sono silenziose, decise a tavolino senza dirlo al medico.

Il problema è che interrompere non è un gesto privo di conseguenze. Diversi studi mostrano che chi sospende la statina, senza un motivo clinico, va incontro a un maggior numero di eventi cardiovascolari e a una



Le statine sono state accusate persino di essere un'invenzione dell'industria per medicalizzare persone sane.

mortalità più alta rispetto a chi prosegue la terapia. Dunque, spiegare al paziente che i dolori muscolari non derivano necessariamente dal farmaco non è un esercizio retorico, è prevenzione.

L'altra faccia della paura: l'inerzia

Esiste una paura speculare, più discreta, che vive dall'altra parte della scrivania: l'inerzia terapeutica. È il medico che non titola la dose, che non rilancia dopo una prima rinuncia, che si accontenta di un valore “quasi a target” e lascia il paziente cronicamente sotto-trattato. Anche questa è una forma di timore, non della statina in sé ma di insistere, di gestire una conversazione scomoda, e produce esattamente lo stesso risultato delle paure del paziente.

Un colesterolo LDL lontano dall'obiettivo e un rischio che rimane sul piatto della bilancia.

Come si vince la paura

Nella pratica clinica queste paure raramente si smontano con una citazione bibliografica o con un valore di LDL mostrato sullo

schermo. Parlare apertamente dell'effetto nocebo, spiegare i numeri reali del rischio, modificare molecola o dosaggio quando necessario e ascoltare i dubbi del paziente senza liquidarli come irrazionali è spesso il modo più efficace per evitare che una cattiva reputazione abbia la meglio sulle evidenze.

CONCLUSIONI

Allora, chi ha paura delle statine? Quasi tutti: il paziente che le legge come un veleno, il medico che non osa insistere, l'opinione pubblica nutrita di aneddoti. A ben vedere, però, l'oggetto della paura è quasi sempre sbagliato. Non sono le statine a meritare diffidenza, ma la disinformazione che le circonda. Il compito di chi le prescrive non è imporre una compressa, ma restituire alla decisione la sua proporzione: i rischi al posto giusto, i benefici al posto giusto, e la paura ricondotta lì dove serve davvero.



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

IL CMNV

(Covert Mortality NodaVirus)

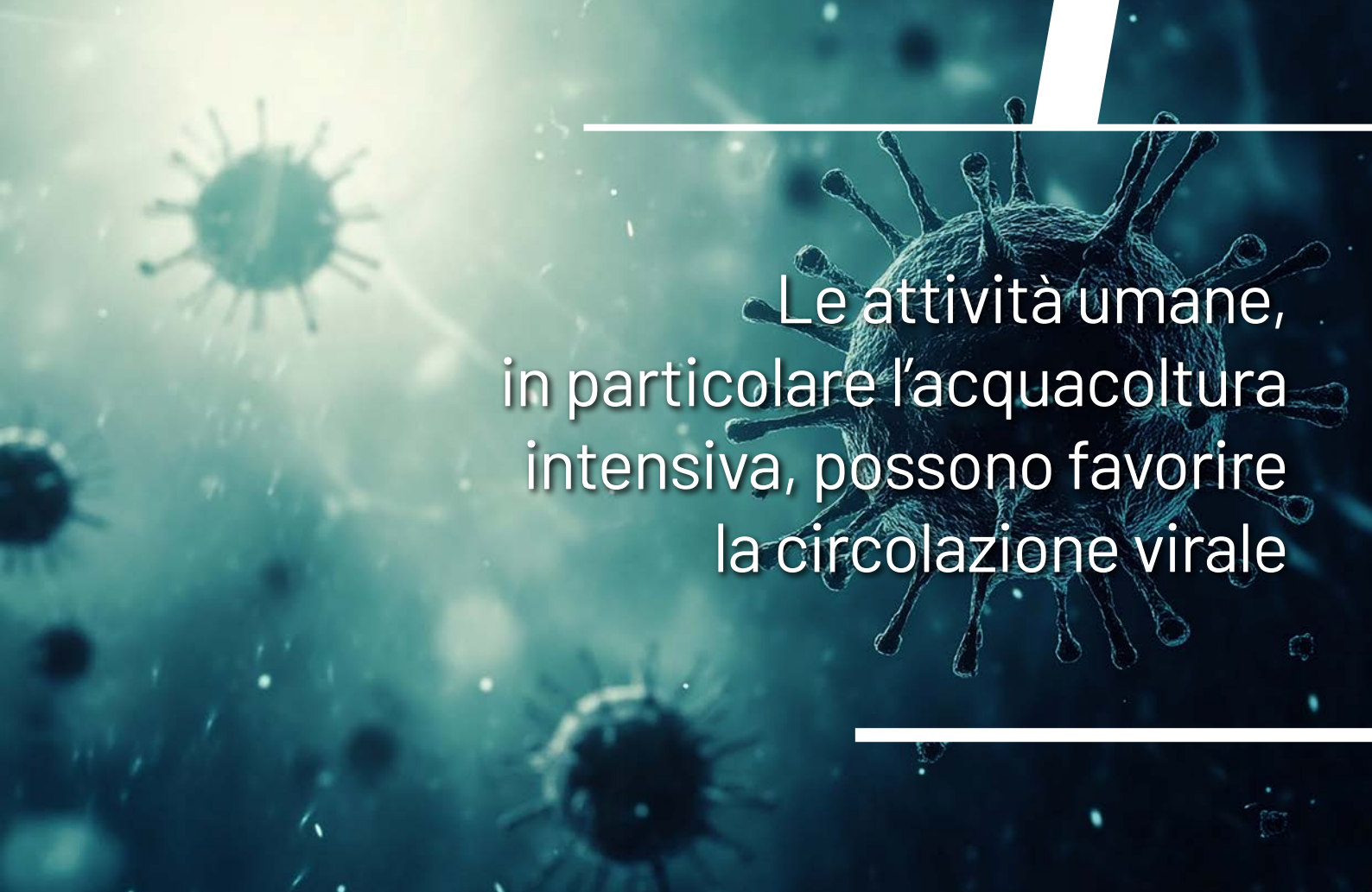
Per la prima volta nella storia della medicina, un virus di origine marina ha compiuto il salto di specie all'uomo, causando una grave infezione oculare con perdita della vista: la ricerca citata è stata pubblicata il 26 marzo 2026 sulla rivista *Nature Microbiology* (volume 11, pagine 892–906) con il titolo *"An emerging human eye disease is associated with aquatic virus zoonotic infection"*.

Un team di ricercatori ha indagato una malattia oculare emergente chiamata POH-VAU (*Persistent Ocular Hypertensive Viral Anterior Uveitis* - uveite anteriore virale ipertensiva oculare persistente), che si manifesta con frequenza crescente, soprattutto in Cina, senza una causa fino ad oggi identificata. Hanno esaminato 70 pazienti con diagnosi di POH-VAU tra gennaio 2022 e aprile 2025 e hanno identificato il responsabile nel "Covert Mortality Nodavirus (CMNV)", un virus sino

ad oggi noto esclusivamente come patogeno di animali acquatici, in particolare gamberetti, crostacei e pesci. I risultati dello studio si basano su cinque linee di evidenza convergenti:

- 1 ► Identificazione del virus nei tessuti oculari:** particelle virali compatibili con CMNV sono state trovate nei tessuti dell'iride dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico per POH-VAU, mentre nessuna particella virale è stata rilevata nei soggetti sani di controllo.
- 2 ► Sieroconversione:** tutti i 70 pazienti esaminati sono risultati positivi agli anticorpi anti-CMNV.
- 3 ► Omologia genetica quasi totale:** il sequenziamento genetico ha dimostrato che il virus isolato dai pazienti umani presenta una corrispondenza del 98,96% con i ceppi di CMNV presenti negli animali acquatici.






Le attività umane, in particolare l'acquacoltura intensiva, possono favorire la circolazione virale

4 ► Analisi di regressione logistica: la frequenza di esposizione al CMNV, il numero di esposizioni significative e la gravità dell'esposizione sono risultati fattori associati a un maggiore rischio di sviluppare POH-VAU.

5 ► Conferma sperimentale nel modello murino: i topi infettati con CMNV hanno sviluppato sintomi simili a quelli osservati nei pazienti umani, tra cui aumento della pressione intraoculare e danni patologici ai tessuti oculari.

Il virus si è inoltre dimostrato capace di infettare cellule di mammifero in vitro.



L'indagine epidemiologica ha rivelato che la principale via di esposizione è il contatto diretto con prodotti ittici crudi: la maggior parte dei pazienti aveva lavorato a stretto contatto con specie acquatiche, e il 71,4% dei casi è attribuibile alla lavorazione di gamberi e crostacei senza adeguata protezione e

al consumo di frutti di mare crudi. I pazienti affetti da POH-VAU manifestano sintomi che possono mimare il glaucoma: infiammazione severa (uveite anteriore), aumento pericoloso della pressione intraoculare e, nei casi più gravi, danno progressivo alla vista fino alla cecità irreversibile. Tuttavia, a differenza del glaucoma, la componente virale e infiammatoria è distintiva. In alcuni pazienti la malattia ha richiesto terapie prolungate e, nei casi più complessi, interventi chirurgici per controllare la pressione oculare. Un aspetto clinicamente rilevante è che i test PCR di routine per i virus oculari noti (herpes simplex, varicella-zoster, citomegalovirus) risultano costantemente negativi nei pazienti con POH-VAU: questo dato è stato il primo indizio che ha orientato i ricercatori verso un agente eziologico diverso.

Lo studio ha anche mappato la distribuzione del CMNV nel mondo acquatico: il virus è stato rilevato in 49 specie acquatiche diverse (crostacei, pesci, molluschi) presenti in Asia, Africa, Europa, Antartide e Americhe. Questo suggerisce che il



potenziale zoonotico del CMNV non è limitato geograficamente alla Cina.

Lo studio è stato accompagnato da un editoriale pubblicato il giorno successivo, sempre su Nature Microbiology, nella sezione “*Emerging Virology*”, intitolato “*Aquatic virus transmission to humans*”, firmato dal Prof. Fabian H. Leendertz e da Stephanie Markert.

Leendertz e Markert inquadrano la scoperta in una prospettiva più ampia: le zoonosi emergenti non provengono solo da animali terrestri (pipistrelli, primati, uccelli), ma anche dall'ambiente acquatico. Questo rappresenta un cambiamento di paradigma nella sorveglianza delle malattie infettive. L'editoriale sottolinea che il consumo e la lavorazione dei prodotti ittici sono in aumento a livello globale, incrementando

le opportunità di contatto tra virus acquatici ed esseri umani. Il cambiamento climatico e le attività umane, in particolare l'acquacoltura intensiva, possono favorire la circolazione virale e il rischio di salto di specie.

È importante, però, contestualizzare correttamente la scoperta:

- Non si tratta di un allarme pandemico: il CMNV, per quanto noto finora, non si trasmette da persona a persona. La trasmissione avviene tramite contatto con animali acquatici infetti o consumo di prodotti ittici crudi. I casi documentati sono ancora pochi e concentrati soprattutto in Cina.
- È un segnale di allerta per la comunità scientifica: il fatto che un virus finora ritenuto esclusivo di invertebrati e pesci possa infettare

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



l'uomo rappresenta un precedente importante.

- Precauzioni ragionevoli: per chi lavora nella lavorazione dei prodotti ittici, l'uso di guanti e dispositivi protettivi è prudente. Per i consumatori, la corretta cottura dei frutti di mare resta la misura preventiva più efficace.
- Sono necessarie ulteriori ricerche: gli stessi autori invitano alla cautela. Il rapporto causale tra CMNV e POH-VAU, pur fortemente supportato, richiede ulteriori conferme. Non è ancora chiaro, ad esempio, se esista una trasmissione interumana.

In conclusione, la scoperta pubblicata su *Nature Microbiology* rappresenta una tappa scientifica significativa: per la prima volta, un virus di origine acquatica è stato associato a una specifica malattia umana. L'editoriale del Prof. Leendertz

conferma l'importanza della scoperta e richiama alla necessità di un approccio One Health, che includa sistematicamente il monitoraggio dei patogeni acquatici nella sorveglianza epidemiologica globale.

In futuro, di fronte a uveiti anteriori ipertensive resistenti ai trattamenti antivirali convenzionali e con PCR negative per HSV, VZV e CMV, il CMNV dovrebbe essere considerato nella diagnosi differenziale, soprattutto nei pazienti con esposizione professionale o alimentare a prodotti ittici crudi.

BIBLIOGRAFIA

1. Liu S, Hu D, Xu T, et al. An emerging human eye disease is associated with aquatic virus zoonotic infection. *Nature Microbiology*. 2026;11:892-906. doi:10.1038/s41564-026-02266-x
2. Leendertz FH, Markert S. Aquatic virus transmission to humans. *Nature Microbiology*. 2026;11:845-846. doi:10.1038/s41564-026-02306-6



Accurate
Learn. Practice. Improve.

VITS
VIRTUAL TRAINING SUPPORT

www.simulazioneinsanita.it



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

ATTUALITÀ SANITARIA

Listeria Monocytogenes

INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute (aprile 2026) ha segnalato il richiamo precauzionale di un lotto specifico di salmone affumicato norvegese con pistacchio di un noto marchio, confezione, lotto, scadenza, e prodotto in Italia, per la possibile presenza del batterio Listeria monocytogenes. La raccomandazione ufficiale è stata quella di non consumarlo e riportarlo al punto vendita per il rimborso.

La Listeria è un batterio gram positivo che preoccupa essenzialmente per due ordini di motivi fondamentali:

- 1 ► Resiste alla refrigerazione: la Listeria è particolare perché può sopravvivere e moltiplicarsi anche in frigorifero, e questo la rende rischiosa proprio in alimenti pronti come il salmone affumicato;
- 2 ► Può dare forme gravi come meningiti, encefaliti sepsi, specie nelle persone più a rischio quali anziani, donne in gravidanza, e persone con sistema immunitario debole. Perché proprio il salmone

affumicato? Essenzialmente per tre ordini di motivi:

- Spesso è non cotto (affumicatura a freddo), e i batteri non vengono eliminati;
- È un alimento pronto al consumo, quindi non viene riscaldato prima di mangiarlo;
- Se è contaminato dopo la lavorazione, la Listeria può restare e crescere indisturbata.

Per questo è uno degli alimenti più monitorati nei richiami. Pertanto, c'è stato sì un richiamo ufficiale, ma che riguarda solo un lotto specifico, ed è del tutto precauzionale (non implica automaticamente casi di contagio); però rappresenta

l'occasione per permetterci di ricordare quali sono i sintomi precoci che possono comparire dopo aver mangiato un alimento contaminato da Listeria (da poche ore fino a diversi giorni, ma nei casi più seri anche dopo settimane), e come gestirli.

I sintomi iniziali più comuni (spesso simili ad un'influenza o ad una gastroenterite) sono febbre, brividi, dolori muscolari, nausea o diarrea, e mal di testa.

Se l'infezione si diffonde (raro ma possibile), allora possono comparire rigidità del collo, confusione o difficoltà





a concentrarsi, perdita di equilibrio, convulsioni: questi sintomi indicano un possibile coinvolgimento del sistema nervoso (es. meningite). Il rischio di complicanze è maggiore per gli over 65, le donne in gravidanza, e gli immunodepressi (da malattie o da farmaci). In caso ci si sia alimentati con cibo sospetto per essere contaminato, in assenza di sintomi non occorre fare nulla di urgente, ma monitorarsi per 2-4 settimane ed evitare allarmismi, in quanto nella

maggior parte dei casi non succede nulla.

Però, se ci si trova in una categoria a rischio è consigliabile sentire il medico anche senza la presenza di sintomi.

Se compaiono sintomi lievi, allora riposo, idratazione, e controllo per 24–48 ore, contattando il medico se la febbre è alta o dura più di 2 giorni e/o i sintomi peggiorano. Se compaiono sintomi neurologici (es. rigidità del collo, confusione, forte mal di testa) recarsi immediatamente al Pronto Soccorso, informando dell'assunzione di cibo sospetto (tipo di cibo e data di assunzione).

Ma il punto fondamentale, comunque, è che la listeriosi grave è fortunatamente malattia rara, e il richiamo del Ministero è stato fatto proprio per prevenire problemi, in quanto la maggior parte delle persone sane non sviluppa sintomi o presenta solamente forme lievi e non pericolose.

BIBLIOGRAFIA

1. Koopmans MM, Brouwer MC, Vázquez-Boland JA, van de Beek D. Human listeriosis. *Clin Microbiol Rev.* 2022;36(1):e00060-19.
2. Disson O, Lecuit M. Listeriosis. *Nat Rev Dis Primers.* 2025;11:Article 54.
3. Manyi-Loh CE, Lues R. Listeria monocytogenes and listeriosis: the global enigma. *Foods.* 2025;14(7):1266.
4. Poutou-Piñales RA, Rincón-Gamboa SM, Carrascal-Camacho AK. Persistence of Listeria monocytogenes: an integrative narrative review. *Front Microbiol.* 2026;17:1721836.
5. D'Ambrosio G, Schirone M, Paparella A. Listeria monocytogenes in ready-to-eat foods: risk perspectives across regulatory systems. *Foods.* 2026;15(3):470.
6. Sheka WD. Review on Listeria monocytogenes epidemiology, pathogenesis, detection and management. *Int J Microbiol Res.* 2022;13(1):1–8.
7. Gelfand MS, Swamy GK, Thompson JL. Epidemiology and pathogenesis of Listeria monocytogenes infection. *UpToDate.* 2025.
8. Charlier C, Perrodeau E, Leclercq A, et al. Clinical features and prognostic factors of listeriosis (MONALISA study). *Lancet Infect Dis.* 2017;17(5):510–519.
9. Lu X, Yang H, Wang Y, et al. Clinical and microbiological features of Listeria monocytogenes infection. *Infect Drug Resist.* 2023;16:2793–2803.
10. FAO, WHO. Risk assessment of Listeria monocytogenes in foods: Part 2. Geneva: WHO; 2025.
11. EFSA Panel on Biological Hazards. Listeria monocytogenes contamination of ready-to-eat foods and the risk for human health in the EU. *EFSA J.* 2018;16(1):e05134.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical overview of listeriosis. Atlanta: CDC; 2025.
13. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Listeria (Listeriosis). Silver Spring: FDA; 2026.
14. Jørgensen F, Kesby M, Amar C, et al. Microbiological quality of smoked fish and detection of Listeria monocytogenes. *J Appl Microbiol.* 2025;136(8):lxaf192.
15. Gonzales-Barron U, Pouillot R, Skjerdal T, et al. Quantitative risk assessment of Listeria monocytogenes in smoked and gravad fish. *Foods.* 2024;13(23):3831.





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

V I R T U A L T R A I N I N G S U P P O R T

IL TUO PARTNER PER LA FORMAZIONE
CON STRUMENTI DI SIMULAZIONE AVANZATA



mm

FORMAZIONE

medmagazine



Articolo a cura di
Cristiano Poggiali
Direttore Generale Gruppo MedUpdate

FORMAZIONE

ECM 2.0: la Rivoluzione della Simulazione nella nuova delibera Agenas

Siamo di fronte a un cambio di paradigma che trasformerà radicalmente la formazione ECM. La recente Delibera n. 10/2026 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, approvata il 5 marzo 2026, segna il passaggio definitivo dalla quantità alla qualità formativa.

Come direttore del gruppo MedUpdate e di Virtual Training Support, attivi da decenni nel settore della formazione medico-scientifica e dell'innovazione tecnologica e simulazione a frutto della stessa, non posso che accogliere con entusiasmo questa svolta che mette finalmente al centro la sicurezza del paziente attraverso il riconoscimento della formazione esperienziale.

Perché la simulazione è il futuro?

La Delibera introduce la **Tipologia 13: Simulazione**, definendola come un'attività che mima le condizioni del mondo reale per raggiungere obiettivi formativi e ridurre il rischio clinico. Il segnale più forte arriva dal sistema dei

crediti: mentre un evento classico vale solitamente 1 credito l'ora, la simulazione può arrivare ad erogarne fino a **3 per ogni ora**. È un messaggio chiaro e supportato da evidenze scientifiche: un'ora passata ad "agire" e a mettere in pratica il *Learning by Doing* vale molto più del semplice ascolto passivo. Il *Learning by Doing* infatti, come supportato da numerose evidenze scientifiche, permette, fra le altre cose, una migliore ritenzione mnemonica, lo sviluppo del ragionamento clinico, l'acquisizione di abilità manuali, l'aumento della fiducia.

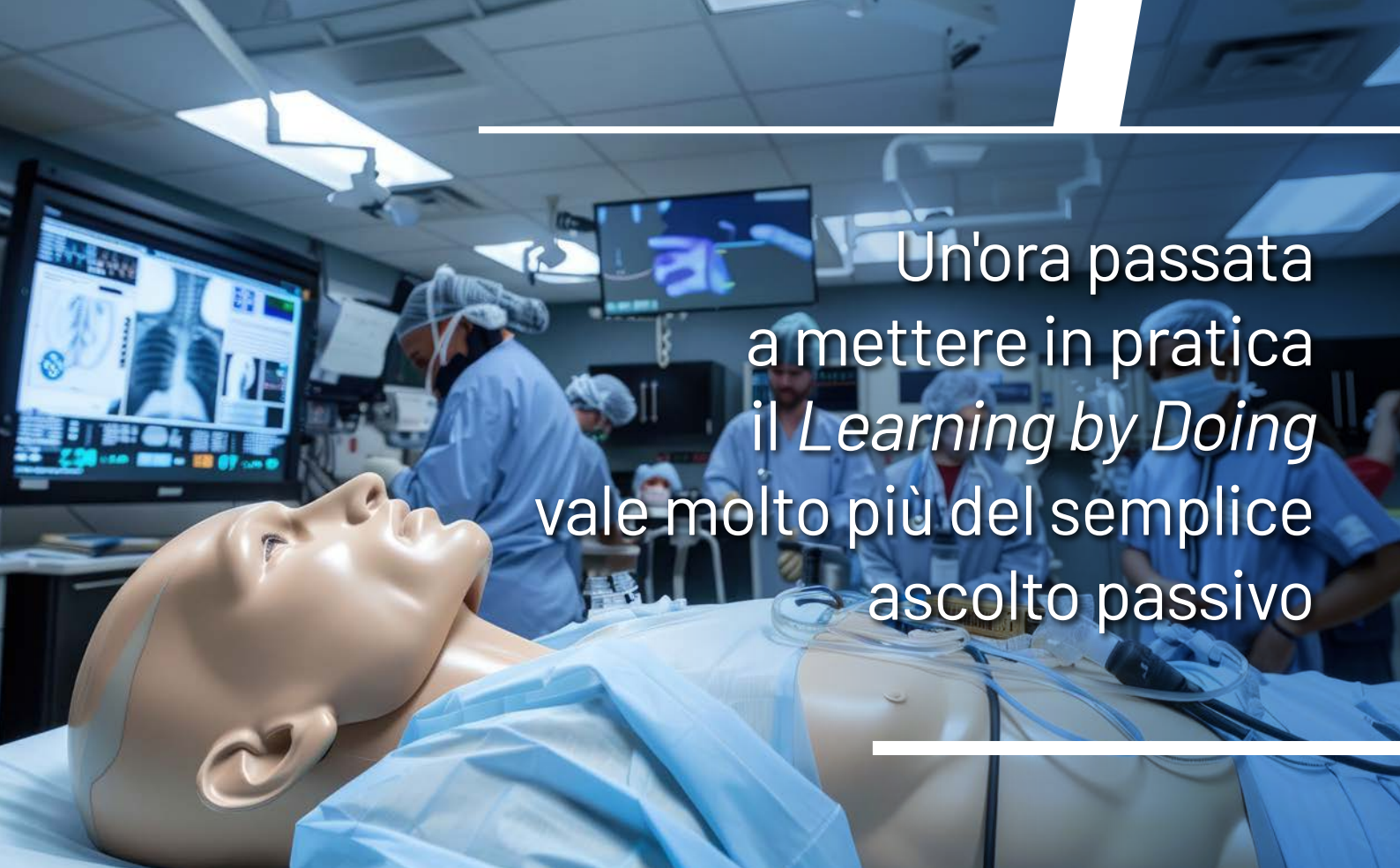
Micro e Macro Simulazione: le differenze

La normativa distingue ora chiaramente tra diverse metodologie:

- **Micro-Simulazione (procedurale)**: si focalizza sull'allenamento di specifiche abilità tecniche o singole manovre. Include anche la computer-based simulation, con scenari clinici e pazienti virtuali per testare il ragionamento diagnostico.
- **Macro-Simulazione (*in situ* o *full immersion*)**: l'ambiente riproduce fedelmente il contesto lavorativo reale (corsia, ambulatorio o centro simulazione). L'obiettivo qui è la gestione della complessità e del lavoro di squadra in team multidisciplinari.

Requisiti rigorosi per una formazione di qualità

Non ci sarà più spazio per l'improvvisazione. I Provider dovranno garantire standard elevatissimi: sale regia, simulatori ad alta fedeltà,



Un'ora passata
a mettere in pratica
il *Learning by Doing*
vale molto più del semplice
ascolto passivo

realtà aumentata (VR/AR) e, soprattutto, la presenza di **facilitatori esperti**. La Delibera richiede inoltre tracciabilità e consenso informato per le registrazioni, creando un ambiente di apprendimento protetto.

L'attuazione tecnica completa è prevista entro il **31 dicembre 2026**, ma le tecnologie e i professionisti certificati come "Esperti Istruttori di simulazione in Medicina" (norma UNI EN ISO 17024) sono già una realtà operativa. Scegliere la simulazione oggi significa decidere di sbagliare in un ambiente controllato per non sbagliare domani sul paziente.

I vantaggi per gli stakeholder

Questo cambiamento culturale porterà benefici concreti a tutti i soggetti coinvolti:

- 1 ► **Per i Pazienti:** maggiore sicurezza e qualità delle cure grazie a operatori che hanno già testato con successo le manovre e vissuto scenari complessi in ambiente protetto.
- 2 ► **Per i Professionisti:** possibilità di acquisire crediti ECM più velocemente, sviluppando

al contempo competenze pratiche reali e immediatamente spendibili.

- 3 ► **Per i Provider:** dotarsi di tecnologie avanzate e istruttori certificati garantisce un'offerta formativa d'eccellenza e standardizzata.
- 4 ► **Per le Strutture Sanitarie:** riduzione drastica del rischio clinico e degli errori procedurali, con conseguente miglioramento dell'efficienza organizzativa.
- 5 ► **Per il Sistema ECM:** il definitivo riconoscimento del "saper fare", che acquisisce finalmente lo stesso peso del "sapere" teorico.

CONCLUSIONI

La simulazione, per concludere, trasforma l'errore in competenza, garantendo una sanità d'eccellenza dove il saper fare protegge la vita dei pazienti e migliora la qualità dell'assistenza.



Articolo a cura di
Stefano Luca Patania
PCC Health & Executive Coach, Licensed NLP Coach
Presidente della Associazione Italiana
Health Coaching (AIHC)



HEALTH COACHING

Rifondare l'Health Coaching L'evoluzione dell'empowerment per Salute e Benessere

INTRODUZIONE

Sebbene in molte professioni esista una qualche forma di quadro normativo, il coaching rimane un ambito professionale ancora non definito pienamente nelle sue fondamenta, offuscato da occasionali rivendicazioni in campi di applicazione ancora controversi. Il campo della Salute e Benessere in particolare necessita ancora di una concettualizzazione sistemica di come l'Health Coach possa offrire il proprio supporto al paziente, all'operatore sanitario, alle organizzazioni, alle aziende.

Anche se l'intento sembra essere chiaro, nello stare al fianco di questi protagonisti, le basi filosofiche e sociologiche che possano profilare una identità professionale forte e ben centrata sono assolutamente presupposti necessari per poter svolgere un ruolo chiaro e ben definito. L'Health Coach o l'Operatore di Benessere potranno così, tramite protocolli conversazionali adeguati, supportare la crescita dell'essere umano nel suo mondo e del suo fine ultimo nel prendersi Cura di sé e realizzare il proprio Benessere.

Abbiamo sviluppato un'osservazione epistemologica generale sulle fasi storiche del coaching per comprenderne le radici. Abbiamo identificato la natura delle problematiche tecniche, al fine di individuare le lacune etiche e metodologiche. Facendo riferimento alle esperienze nel campo del coaching per la salute, abbiamo sviluppato un modello equilibrato in cui performance, etica umanistica e benessere agiscono in sinergia.

La necessità di un fondamento per il coaching

Il coaching ha subito una notevole evoluzione sin dai suoi esordi nello sport. Ha fatto molta strada dai suoi esordi nel coaching sportivo, con la sua attenzione alla motivazione e alla performance. Il business coaching classico si è evoluto da questa visione ristretta, rimanendo fedele all'idea che il successo possa essere raggiunto seguendo determinate procedure normative.

Il presupposto di base era che chiunque avesse seguito i passaggi prescritti (Owen, 2023) avrebbe raggiunto i propri obiettivi, obiettivi che erano a loro volta prescritti dallo stesso modello progettato per realizzarli.

In generale, il Business Coaching sembra prevalere nella letteratura e talvolta finisce per relegare le questioni di fondamento metodologico a un certo fastidio per la resistenza al cambiamento tipica del cliente. Oggi il mercato è saturo di coach aziendali, di performance, di salute, dietetici, di carriera e di vita (e molti altri ancora). Legalmente, chiunque



Oggi il mercato è saturo
di coach aziendali,
di performance,
di salute, dietetici,
di carriera e di vita

può definirsi coach e vendere i propri programmi di sviluppo e potenziamento professionale.

Con questo approccio, si avverte ben poco la necessità di una metodologia che si occupi di questioni epistemologiche, etiche o ontologiche.

Il settore del coaching è stato prevalentemente pragmatico: in un mercato altamente competitivo, la soluzione più gettonata per acquisire clienti è stata quella di introdurre implicitamente tecniche "nuove e migliorate".

A differenza della psicologia, nel caso del coaching non sembra esistere una filosofia unificante né una responsabilità etica e legale per la professione.

Esistono chiari limiti di natura etica che rappresentano il costo di un silenzio protrattosi troppo a lungo. La lacuna che identifichiamo è una teoria coerente con quella dell'essere umano che intraprende il processo

di coaching, alla ricerca di un miglioramento personale come minimo e di una trasformazione come massimo, nel coltivare Salute e Benessere in una società frenetica. Guidati dalla filosofia di Erich Fromm, di Rosmini e dei Pragmatisti

italiani, proponiamo una concezione dell'essere umano che tenga conto di due bisogni fondamentali: un impegno significativo nello sviluppare il proprio potenziale naturale e la realizzazione di un benessere autentico.

Un benessere autentico e autogenerato libera gli individui dalla necessità di raggiungere risultati o di accedere a risorse per provare soddisfazione e felicità.

L'evoluzione etica nella storia del coaching

Il nuovo millennio ha inaugurato la disciplina

nota come psicologia positiva. Questo nuovo approccio alla psicologia si concentra sugli aspetti positivi della vita e sulle condizioni di vita complessive dell'individuo. La psicologia positiva

Storia epistemologica del coaching



critica la terapia classica per essersi concentrata quasi esclusivamente sugli stati patologici, trascurando le qualità costruttive, resilienti e creative dell'individuo. Alla soggettività è insita non solo la realtà della sofferenza, ma anche il potenziale di guarigione e rinnovamento. La psicologia positiva si rivolge alle qualità che rendono la vita degna di essere vissuta. Eppure, nonostante questa svolta verso una visione apparentemente più umanistica della persona, qualsiasi indagine epistemologica viene trascurata a favore di un approccio di coaching classico e "pratico" volto a migliorare le prestazioni e la felicità. Anche se Goleman, Seligman e Csikszentmihalyi, con il loro approccio "go-to-happiness", dominano le metodologie emergenti, il coaching dedicato a Salute e Benessere non riesce a cogliere l'aspetto filosofico di una sua nuova rifondazione. Nonostante l'influenza della psicologia positiva, la metodologia di coaching tradizionale e i suoi presupposti di base di problema-soluzione-risultato rimangono intatti, così come la struttura tecno-empirica che li genera. Ma questa crescita personale ed il

Il coaching ha subito una notevole evoluzione dai suoi esordi nello sport, con la sua attenzione alla motivazione e alla performance.

successo promuovono veramente il Benessere? Questo è più vero per la soddisfazione di vita che per la felicità emotiva. Il coaching tradizionale, nato dal coaching competitivo, persegue la realizzazione personale come risultato del successo e della performance. L'Health Coaching si differenzia dal modello competitivo. Il suo obiettivo, invece, è la salute degli individui e dei gruppi sociali, indipendentemente dal raggiungimento del successo. Possiamo usare un'analogia: il coaching tradizionale sta ai manager come un health coach sta ai medici. I

manager sono interessati a generare valore, mentre i medici sono interessati alla salute degli individui, indipendentemente dal fatto che venga generato valore individuale o sociale. C'è una differenza tra

sentirsi soddisfatti di un risultato e semplicemente sperimentare il benessere. Qui, dovremmo interrogarci sul vero significato di produrre benessere. Un benessere autentico e autogenerato libera gli individui dalla necessità di raggiungere risultati o di accedere a risorse per provare soddisfazione e felicità. In questo senso, il coaching per la salute è liberatorio, in quanto restituisce all'individuo la capacità

di generare benessere anziché dipendere dal bisogno di successo o di approvazione sociale. Questo cambiamento etico nel coaching porta anche a un riequilibrio dell'intero sistema sociale, ridistribuendo potere e autonomia tra i vari attori.

Lo spostamento etico genera l'health coaching

Idealmente, per raggiungere un vero progresso di Salute e Benessere, dovremmo ispirarci al concetto



di One Health e per questo dovremmo assistere a una trasformazione a tre livelli: individuale, aziendale e sociale. Ciò che sembra emergere analiticamente dall'evoluzione del coaching è quello che potremmo definire un cambiamento etico, sempre più orientato verso un focus sulla persona. Alle pressanti esigenze della società, il mondo del coaching sembra aver risposto con tecniche, ramificazioni e persino tipologie di applicazioni del coaching sempre più "etiche". Pertanto, abbiamo lavorato, sia formalmente che informalmente, per elaborare un sistema di pensiero, ispirato da Fromm, che valorizzi il desiderio individuale di realizzazione e benessere personale e professionale, riconoscendo al contempo la necessità sociale di ottenere risultati, profitto e successo. Ecco le 5 principali innovazioni epistemologiche:

1 • Purificazione dei valori e dell'essere

La prima fase di ogni sessione di Health Coaching deve essere dedicata all'etica. Bisogna mettere in discussione il sistema di valori dichiarato dall'individuo per far emergere il NUCLEO dei suoi valori personali. Una sessione di health coaching che identifica e onora i valori di un individuo e lavora specificamente sul suo sistema di valori per Salute e Benessere.

2 • Dall'intelligenza alla ragione

Sebbene il nostro cervello ami gli enigmi e sia appassionato alla risoluzione dei problemi da un punto di vista neuroscientifico, l'intelligenza che usiamo per risolverli è bidimensionale (mezzi e fini). La ragione, invece, è tridimensionale, poiché considera anche il significato di ciò che si fa o si sta per fare. La ragione implica etica, morale ed effetti. Nelle sessioni di Health Coaching è necessario un approccio tridimensionale guidato dalla ragione.

3 • Pragmatismo e pensiero critico sociale.

Il pragmatismo è amore per la realtà. Questa combinazione di praticità e pensiero critico, agendo da catalizzatore per un continuo interrogarsi sulla realtà sociale in cui siamo immersi, opera per risvegliare la coscienza individuale e promuovere la Ragione e il senso di scopo durante la sessione di coaching. In seguito, è necessario agire in modo coerente ed efficace, per poter davvero fare la differenza con ogni intenzione di Cura che portiamo nel mondo.

4 • Cambiamento produttivo naturale - autenticità

Ciò che qualifica la persona nella realizzazione del suo pieno potenziale è la sua capacità di

agire nel mondo secondo ciò che è. Questa accettazione e attualizzazione della propria autenticità libera le qualità adattive del comportamento produttivo. Da qui l'importanza per il benessere di un autentico allineamento tra azione e sé. È anche, probabilmente, il primo passo per stabilire obiettivi genuini e sfruttare le competenze innate.

5 • *Agere sequitur esse* e dialogo ontologico

Il linguaggio nell'ontologia sociale ha un valore inestimabile e può essere performativo. Dato che l'approccio dell'Health Coaching non è solo individuale, ma anche sistemico e sociale, il linguaggio ha un impatto ancora maggiore. È attraverso il linguaggio, secondo il modello ontologico-trasformativo, che la persona modifica il suo rapporto con se stessa e con il mondo. L'Health Coach facilita l'autonomia del cliente nella narrazione del futuro desiderato e preferibile. Il linguaggio non deve essere "contaminato" da indebite pressioni esterne; la sua "purezza" è fondamentale per evitare qualsiasi tipo di influenza, per rispetto etico del sistema di valori individuale della persona, al fine di poter curare la persona e generare il suo benessere.

Questi sono i cinque pilastri dell'Health Coaching che supportano il pieno potenziale dell'essere umano autentico. Questi cinque principi sembrano fornire una chiara direzione per l'identità e la missione di coloro che cercano di generare Salute e Benessere. Come esempio della loro efficace applicazione epistemologica, l'Associazione Italiana di Health Coaching ha generato modelli e indicatori per nuove competenze specifiche per il proprio protocollo di intervento.

Questo approccio aiuta i coach a ripensare i propri principi basandosi su etica (valori), umanesimo (individuo) e pragmatismo (senso di realtà e scopo), guidati da una ragione frommiana tridimensionale.

BIBLIOGRAFIA

- ClutterBuck, D. (2020). *Coaching the team at work*, Nicholas Brealey Publishing
- Hawkins, P. (2021). *Leadership Team Coaching. Developing collective transformational leadership*, 4th ed., Koganpage
- Maccoby, M., Norman, C.L., Norman C.J., Margolies, R. (2013). *Transforming Health Care Leadership*, Jossey Bass
- Rushton, C.H. (2006), *Defining and Addressing Moral Distress: Tools for Critical Care Nursing Leaders*, *Advanced Critical Care*, 17 (2): 161-168

La rifondazione dell'approccio dell'Health Coaching può ravvivare lo spirito etico necessario per un supporto efficace a paziente, operatore sanitario e azienda, favorendo un equilibrio tra performance e benessere, rendendoli sinergici. Ridurre l'idea pervasiva di successo può anche ricalibrare tutti gli altri tipi di coaching, poiché il benessere va oltre il successo personale o sociale. Per questo motivo, anche tutte le altre tipologie di coaching possono trarre beneficio dai nuovi fondamenti della Secessione dell'Health Coaching dal coaching classico. La riflessione filosofica è preziosa per le persone nel loro ambiente di lavoro, affinché possano applicare questi stessi principi nella vita reale. Finalmente il mondo del Coaching sembra aver completato la ricerca delle proprie radici filosofiche ed identitarie. In questo senso, si tratta di una filosofia veramente viva, pensata per la soddisfazione del pensare, del fare e persino dell'essere. Come tale, risponde a un abisso profondo che la nostra epoca sta affrontando, un abisso che, nella nostra esperienza, la maggior parte degli Operatori di Salute, se non l'umanità intera, spera di vedere colmato.



Multipla

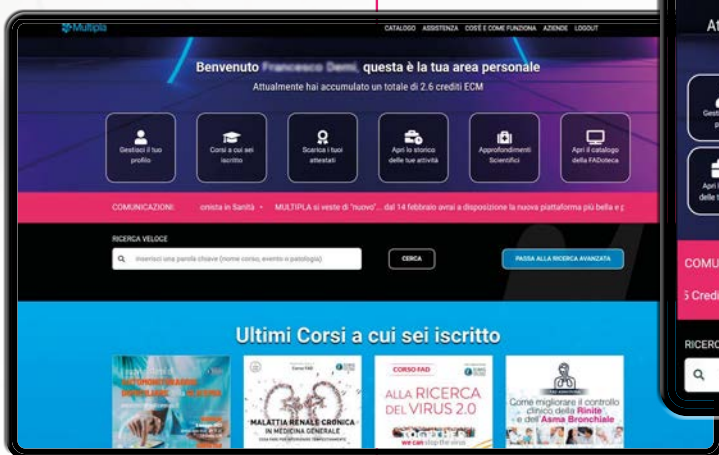
Multicontent Learning Platform

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
Alfonso Lagi
Primario di Medicina Interna e Medicina d'Urgenza
Casa di Cura Villa Donatello



CASO CLINICO

Non solo dolori articolari

Una donna di 36 anni si presenta al mio ambulatorio lamentando dolori articolari.

Anamnesi familiare: non rilevante in particolare non riferisce storia di Cad o di neoplasia addominale.

Anamnesi fisiologica: vita attiva, mestruazioni regolari, una gravidanza a termine, coniugata, con un figlio, si occupa della casa e segue un lavoro sedentario. Normale le funzioni digestive, alvo aperto, non fuma né assume alcol, il sonno irregolare.

Anamnesi remota: portatrice di colon irritabile assume saltuariamente antispastici, riferisce occasionali urgenze di defecazione sono state diagnosticati delle emorroidi interne a seguito di una colonscopia eseguita per escludere altre patologie. Nessun intervento chirurgico

Anamnesi recente: da sei mesi la paziente riferisce la comparsa prima saltuaria e poi ingravescente di dolori alle anche e alle ginocchia con carattere migrante. Il fenomeno è molto fastidioso, anche se non invalidante tanto da non modificare le attività quotidiane. È stata vista recentemente da un reumatologo che la sottoposta ad una serie di indagini di sotto il riportate: PCR 0,5; Ves 4; Emocromo nei limiti, autoimmunità negative, antic CCP negativi es urine nei limiti

Sono state considerate poco probabili malattie reumatiche e il fenomeno doloroso è stato riferito ad un eccessivo carico legato all'attività di jogging che regolarmente la paziente pratica.

Non è stata prescritta alcuna terapia. L'esame obiettivo e sostanzialmente negativo. La giovane donna mostra una mobilità su tutte le articolazioni e una dolorabilità del polso sinistro, alla flessione e estensione e un dolore al ginocchio destro nella flessione forzata. Nessun rilievo cardiopolmonare né addominale. Nessun rilievo cutaneo riferibile a psoriasi e in particolare nessun dato anamnestico apparentemente compatibile.

Conclusione

La paziente fu dimessa con una terapia analgesico antinfiammatoria con l'indicazione ad eseguire la ricerca di miceti sull'unghia del piede.

Qualche giorno dopo la stessa paziente ritorna in ambulatorio, referendo l'insorgenza di una nuova sintomatologia: 'ho avuto molte scariche di diarrea, come mi è successo altre volte, ma questa volta con abbondante sangue e dolori nella parte bassa dell'addome'

Il quadro obiettivo non mostrava niente di particolare se non una lieve dolorabilità nei quadranti inferiori riferibili a patologia del colon. Posi vendita l'indicazione ad eseguire una colonscopia e la calprotectina fecale oltre a ripetere gli indici infiammatori.

Qualche giorno dopo mi furono presentati:

PCR 1,5 (vn < 0,5) ; Ves 8;

Emocromo nei limiti, autoimmunità negative, es urine nei limiti Calprotectina fecale 890 microg/g (vn < 60)

Colonscopia condotta fino al cieco nei limiti, prelievi biotici: ascessi criptici (granulociti dentro le cripte ghiandolari) assenza di granulomi.

Diagnosi: reumatismo articolare in corso di colite ulcerosa in fase di attività

L'aspetto reumatologico fu completato dallo studio



delle articolazioni sacro iliache e dallo studio del rachide lombare che mostrarono tipici aspetti infiammatori.

La terapia fu inizialmente impostata con Mesalazina a dosaggio pieno prevedendo l'uso di biologici in particolare **Infliximab** o **Vedolizumab**

Infliximab

- È un anticorpo monoclonale che blocca l'integrina $\alpha 4\beta 7$
- Impedisce ai linfociti di migrare nella mucosa intestinale
- Azione **selettiva per l'intestino** → meno effetti sistemici rispetto ad altri biologici

Vedolizumab

- È un anticorpo monoclonale che blocca l'integrina $\alpha 4\beta 7$

- Impedisce ai linfociti di migrare nella mucosa intestinale
- Azione **selettiva per l'intestino** → meno effetti sistemici rispetto ad altri biologici



L'unghia del 1° dito del piede sinistro mostrava un quadro compatibile con onicomicosi/onicopsoriasi



Immagine creata con AI



Articolo a cura di
Alfonso Lagj
 Primario di Medicina Interna
 e Medicina d'Urgenza
 Casa di Cura Villa Donatello



Chi lo sa?

Si osservano:

- Noduli molto numerosi, piccoli e relativamente uniformi
- Distribuzione diffusa bilaterale
- Aspetto granulare omogeneo
- Non evidente distribuzione perilinfatica (non lungo setti/pleura)
- Non chiaro “tree-in-bud” marcato ► meno tipico centrolobulare infettivo

Questo orienta verso una distribuzione random e quindi un processo morboso a diffusione per via ematogena- le diagnosi più probabili sono:

- **Tubercolosi miliare**
prima ipotesi soprattutto in presenza di febbre, calo ponderale e immunodepressione
- **Metastasi ematogene** da: tiroide, rene, melanoma

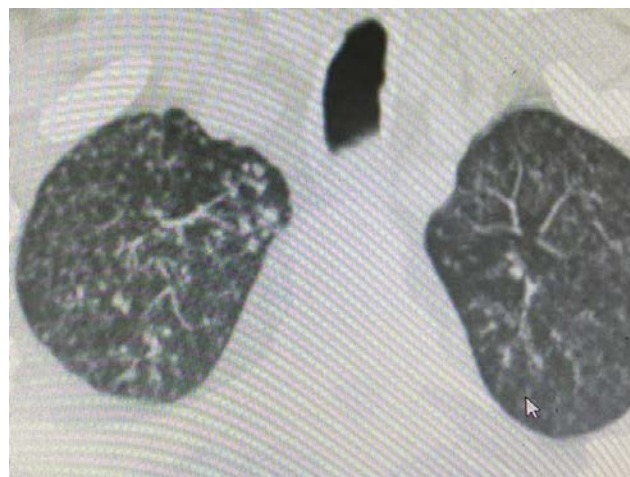
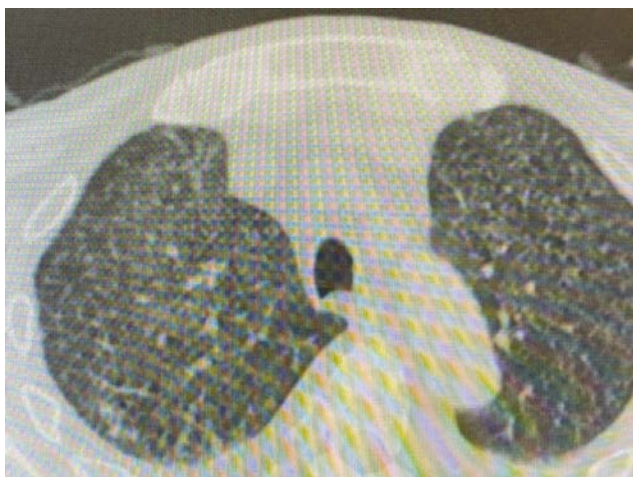
In alternativa si devono considerare: infezioni fungine disseminate (istoplasmosi, criptococco), Pneumonite da ipersensibilità (ma qui di solito si ha un pattern

centrolobulare + ground-glass).

Meno probabili, in base al dato radiologico, sono: Sarcoidosi ► mancano noduli perilinfatici, Linfangite carcinomatosa ► mancano ispessimenti settali, Bronchiolite/tree-in-bud ► non evidente distribuzione centrolobulare tipica. In conclusione : il quadro è molto suggestivo per pattern miliare ematogeno da mettere in diagnosi differenziale con metastasi ematogene.

Tabella riassuntiva delle caratteristiche radiologiche fra le due condizioni:

Caratteristica	TB miliare	Metastasi
Dimensione noduli	molto uniforme	variabile
Distribuzione	molto omogenea	meno regolare
Aspetto	“polvere fine”	noduli più evidenti
Clinica	febbre, infezione	neoplasia nota
Evoluzione	rapida sistemica	variabile





Articolo a cura di
Marco Besana
Market Research Director, ApertaMente Srl
Lorenzo Colombo
Market Research Specialist, ApertaMente Srl

NUTRACEUTICA

Allergie e nutraceutici nel quotidiano, un fenomeno in forte crescita

Le allergie respiratorie interessano in Italia oltre 12 milioni di persone molte delle quali gestiscono i propri sintomi in autonomia. Un'indagine su 402 persone maggiorenni con sintomi allergici fotografa quanto sia ormai diffuso il ricorso agli integratori alimentari - da soli o in associazione ai farmaci - rappresentando un fenomeno che chiama direttamente in causa il medico e il farmacista sotto il profilo conoscitivo ma anche formativo.

Oltre 12 milioni di persone in Italia - circa 1 cittadino su 5 - soffrono di allergie respiratorie, e le proiezioni della Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica

(SIAAIC) suggeriscono che entro il 2030 tra il 35% e il 40% della popolazione italiana potrebbe soffrire di rinite allergica con un forte impatto sulla qualità di vita delle persone. A queste si affiancano le numerose forme di dermatite pruriginosa di natura allergica, anch'esse in costante crescita. Si tratta di condizioni spesso sottovalutate e gestite in autonomia: una quota rilevante di chi ne è colpito non riceve un inquadramento diagnostico corretto e ricorre a rimedi estemporanei, mancando così di una strategia di controllo continuativa. Tale circostanza, se da un lato non comporta i rischi acuti tipici di altre patologie, dall'altro determina un peso cronico spesso ignorato, in grado di compromettere in modo significativo il riposo, la concentrazione, il rendimento lavorativo e, più in generale, la qualità della vita quotidiana di chi ne soffre. La diffusione delle malattie allergiche è nota da anni ed è oggi in costante aumento: il cambiamento climatico e

l'inquinamento stanno emergendo come minacce crescenti, mentre le stagioni polliniche risultano sempre più precoci e prolungate. Negli ultimi anni i medici hanno acquisito piena consapevolezza dell'importanza di riconoscere e

contenere il
prima



Immagine creata con AI

possibile questi disturbi, evitando che, da fastidio stagionale, evolvano in una condizione cronica. Tali quadri, infatti, possono aggravarsi - specie se associati a fattori predisponenti quali familiarità, esposizione ambientale, fumo e inquinamento - fino a complicanze più serie come l'asma bronchiale, alla quale la rinite allergica è strettamente correlata, e a forme di dermatite cronica con

prurito persistente e lesioni cutanee da grattamento.

Al fine di ridurre e contenere tali rischi risulta fondamentale, innanzitutto, adottare misure di prevenzione e uno stile di vita corretto: limitare l'esposizione agli allergeni, non fumare, curare l'ambiente domestico e prestare attenzione all'alimentazione e al benessere generale dell'organismo. Oltre a ciò, è importante rilevare che le allergie respiratorie e le dermatiti pruriginose, pur manifestandosi con sintomi evidenti, sono condizioni che richiedono un corretto inquadramento diagnostico - attraverso test allergologici prescritti dallo specialista - per identificarne con precisione le cause e impostare una gestione mirata anziché affidarsi a soluzioni occasionali. Relativamente a questo, le moderne linee guida suggeriscono, per i soggetti interessati, un controllo continuativo dei sintomi unitamente a un approccio di prevenzione e a corretti stili di vita. Laddove questi interventi primari non permettano di raggiungere un adeguato controllo, si può ricorrere all'utilizzo di prodotti quali integratori alimentari o altri prodotti naturali e - nei casi più severi - all'utilizzo di farmaci (ad esempio antistaminici, cortisonici e, ove indicato, immunoterapia specifica).

Esiste, tuttavia, una distanza talvolta marcata tra il percorso ideale tracciato dalle linee guida e ciò che le persone fanno realmente nella vita di tutti i giorni. Di fronte a sintomi fastidiosi ma spesso

percepiti come "minori", molti pazienti costruiscono in autonomia la propria strategia di gestione senza necessariamente confrontarsi con il medico o con il farmacista.

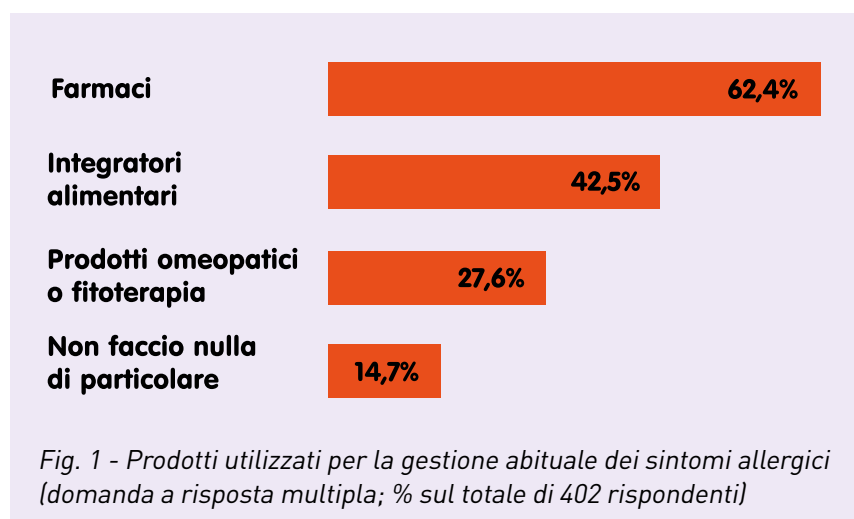
Il cambiamento climatico e l'inquinamento stanno emergendo come minacce crescenti, mentre le stagioni polliniche risultano sempre più precoci e prolungate.

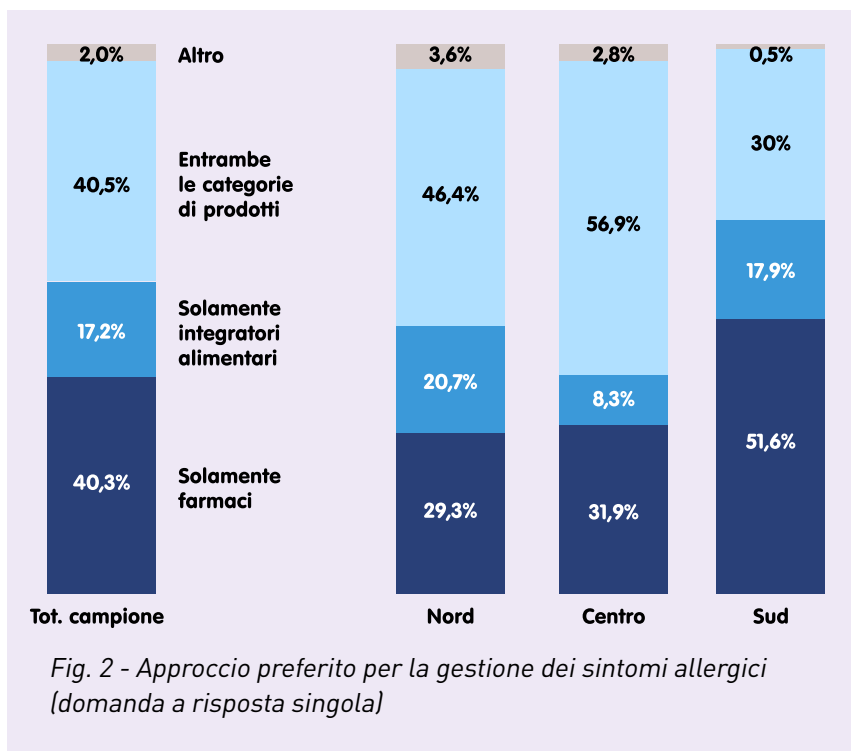
Comprendere quali prodotti vengano effettivamente utilizzati, quale approccio sia preferito e con quale costanza vengano seguite le indicazioni dei professionisti della salute diventa quindi un elemento conoscitivo prezioso, utile sia a orientare la pratica clinica sia a leggere correttamente le dinamiche del mercato. È proprio in questa direzione che si colloca l'indagine condotta recentemente da ApertaMente, società milanese

di management consulting e ricerche di mercato. La ricerca ha coinvolto tramite questionario via app sulla propria community digitale un campione di 402 utenti maggiorenni con allergie o sintomi allergici (prurito nasale, starnuti, prurito cutaneo, bruciore agli occhi, naso che cola, ecc) e ha messo in evidenza che l'utilizzo di integratori alimentari risulta particolarmente diffuso e che una percentuale rilevante di pazienti preferisce trattare i sintomi con integratori alimentari (o altri prodotti naturali) in aggiunta alle terapie farmacologiche o come alternativa a queste.

Infatti, sebbene 6 pazienti su 10 (62,4%) dichiarino di utilizzare farmaci per la gestione abituale dei sintomi allergici, ben 4 pazienti su 10 (42,5%) dichiarano di ricorrere a integratori alimentari e, con una percentuale inferiore ma sempre rilevante (27,6%), a prodotti omeopatici o fitoterapia. Da notare, infine, che il restante 14,7% dei rispondenti dichiara di non prendere particolari provvedimenti per gestire la sintomatologia (Fig. 1).

La figura successiva (Fig. 2) è ancora

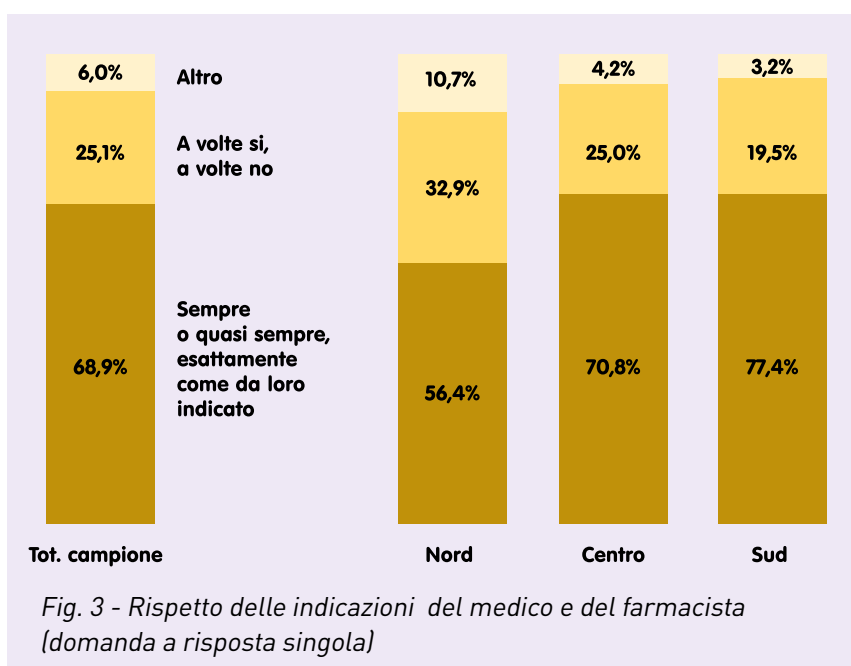




più significativa perché al campione è stato chiesto di dichiarare quale fosse l'approccio preferito per la gestione dei sintomi allergici. Ebbene, i farmaci rappresentano l'approccio terapeutico preferito dal 40,3% dei rispondenti ma un altrettanto 40,5% dichiara di preferire l'utilizzo di entrambe le categorie di prodotti (farmaci e integratori alimentari). Da

notare, infine, che poco meno di 1 rispondente su 5, pari al 17,2%, dichiara di preferire i soli integratori alimentari (il restante 2,0% ha indicato la voce "Altro"). Per questa seconda domanda è rilevante valutare anche lo spaccato delle risposte suddivise per area geografica fra Nord, Centro e Sud Italia. Infatti, se al Sud il farmaco rappresenta l'approccio preferito dal

51,6% dei rispondenti, al Centro e al Nord tale percentuale scende a circa il 30%. Per contro, Nord e Centro evidenziano una maggiore propensione verso l'approccio con entrambe le categorie di prodotti, farmaci e integratori alimentari con, rispettivamente, il 46,4% ed il 56,9% dei rispondenti, mentre al Sud tale scelta riguarda il 30% dei rispondenti. La preferenza per i soli integratori alimentari è dichiarata dal 20,7% dei rispondenti del Nord e dal 17,9% di quelli del Sud con una percentuale invece molto più bassa per quelli del Centro (8,3%). Il terzo e ultimo quesito riguarda il comportamento del paziente rispetto alle indicazioni ricevute dal medico o dal farmacista (Fig. 3). In questo caso, quasi 7 persone su 10 (68,9%) dichiarano di rispettare sempre o quasi sempre quanto indicato loro dal professionista della salute per la gestione dei sintomi allergici. Un quarto dei rispondenti, pari al 25,1%, si dichiara più discontinuo ("a volte sì a volte no") per quanto riguarda la frequenza con cui seguono le indicazioni del medico o del farmacista. Infine, una piccola percentuale pari al 6,0% dei rispondenti, dichiara di non seguire se non raramente le indicazioni dei professionisti della salute preferendo la gestione autonoma delle sintomatologie. Anche per questa domanda risulta interessante la distribuzione delle risposte per area geografica. Infatti, se al Sud e al Centro è più elevata la percentuale di chi dichiara di seguire più assiduamente le indicazioni del medico o del farmacista (rispettivamente il 77,4% e il 70,8% dei rispondenti), al Nord tale percentuale scende al 56,4% rimanendo comunque la scelta principale. Al Nord, rispetto





al Centro e ancor di più rispetto al Sud, risultano più alte le percentuali sia di chi dichiara un'aderenza intermittente alle indicazioni di medici o farmacisti (32,9%) sia di chi predilige la gestione in autonomia (10,7%). Concludendo, l'indagine svolta su un rilevante campione di popolazione con allergie o sintomi allergici ha messo in evidenza quanto sia ormai ampiamente diffuso l'utilizzo di integratori alimentari, sia in aggiunta alle terapie farmacologiche sia in via esclusiva, accanto a una non trascurabile tendenza alla gestione in autonomia della propria sintomatologia soprattutto al Nord Italia. Si tratta di un dato che il medico e il farmacista non possono ignorare. Se una quota così rilevante di pazienti ricorre a integratori alimentari o ad altri prodotti naturali - spesso senza dichiararlo spontaneamente - diventa importante che il professionista della salute indaghi attivamente queste abitudini già in fase di anamnesi: conoscere ciò che il paziente assume realmente consente di prevenire possibili interazioni, di ricondurre scelte estemporanee all'interno di un percorso coerente e di rafforzare l'aderenza alle indicazioni cliniche. La variabilità geografica emersa dall'indagine - con un Nord più orientato all'autogestione e all'impiego combinato di prodotti

e un Sud più fedele al consiglio del professionista e all'uso dei soli farmaci - suggerisce inoltre che l'approccio comunicativo vada calibrato sul singolo paziente e sul suo contesto. In quest'ottica, più che contrapporre farmaci e integratori alimentari, la vera sfida per il medico è quella di intercettare una domanda di salute già esistente e di indirizzarla: valorizzare il ruolo degli integratori alimentari laddove appropriato, all'interno di una strategia di prevenzione e di controllo continuativo dei sintomi, senza che ciò si traduca in una rinuncia all'inquadramento diagnostico e al monitoraggio specialistico. Resta inoltre essenziale una valutazione della qualità dei prodotti e, soprattutto, del loro profilo di sicurezza, anche in termini di possibili interferenze con le terapie farmacologiche. Prestare ascolto a ciò che i pazienti già

fanno, come fotografato da questa indagine, rappresenta il primo passo per accompagnarli verso scelte più informate, sicure ed efficaci.

In conclusione appaiono necessarie alcune azioni:

- Medici e Farmacisti dovrebbero rafforzare l'azione educativa verso i pazienti nella gestione degli approcci terapeutici (farmaci, integratori alimentari,...) per i vari tipi di allergia.
- Le università, nei corsi universitari e post-universitari, dovrebbero formare i nuovi professionisti (medici e farmacisti) anche su tematiche proprie degli integratori alimentari.
- Il quadro normativo degli integratori alimentari dovrebbe essere rivisto e valutato attentamente soprattutto in riferimento al profilo di qualità e sicurezza dei prodotti a tutela dei pazienti.

IN SINTESI

- Il 42,5% dei rispondenti dichiara di usare integratori alimentari per la gestione dei sintomi allergici (respiratori e dermatologici).
- Come approccio preferito, il 40,5% sceglie farmaci e integratori alimentari insieme e il 17,2% i soli integratori; l'autogestione è più diffusa al Nord, il ricorso al solo farmaco al Sud.
- Il 68,9% segue sempre o quasi sempre le indicazioni del professionista della salute (medico e farmacista).



GPP
Nutraceuticals

Per supportare la prevenzione della sintomatologia allergica



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



a base di Quercetina, Perilla e
Sambuco, Boswellia Serrata e
Partenio, Ribes Nero, Elicriso
e Probiotici



ABBIAMO TRACCIATO IL **FUTURO**...


ABIOGEN
PHARMA



CLASSE A NOTA 96 - RR

CLASSE C - RR

ANCHE IN
CAPSULE



Gocce
orali € 5,42



2 Flaconcini
monodose € 8,10



2 Flaconcini
monodose € 15,34



30 Capsule
rigide € 11,00*



AL TUO FIANCO, **SEMPRE.**


ABIOTEN
PHARMA



Intervista al Dott.

Vincenzo Esposito

Direttore Dipartimento di U.O.C. Malattie Infettive ad alta complessità ed Urgenze Infettivologiche • Ospedale Cotugno • A.O. dei Colli, Napoli

Dott. Esposito, quanto deve preoccuparci l'attuale aumento dei casi di epatite A e quali elementi epidemiologici ci aiutano a comprendere la portata del fenomeno?

Parliamo di numeri, perché i numeri, in questo caso, sono più eloquenti di qualsiasi descrizione clinica.

A gennaio di quest'anno, nella sola città di Napoli, avevamo 3 casi di epatite A.

A febbraio erano già 19. Nei primi diciannove giorni di marzo ne contavamo 43. Un'escalation verticale,

che il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 1 ha tradotto in una cifra che lascia poco spazio all'interpretazione: una diffusione del virus dieci volte superiore alla media degli ultimi dieci anni, e addirittura quarantuno volte rispetto all'ultimo triennio. Il 18 marzo scorso,

qui al Cotugno, centro di riferimento regionale per le malattie infettive, avevamo 43 persone ricoverate contemporaneamente. I

pazienti erano prevalentemente adulti tra i 35 e i 45 anni,

con sintomi anche acuti. E il quadro nazionale non è meno preoccupante: nei primi mesi

del 2026 si è registrata una nuova crescita, con un picco a marzo di 160 casi. L'epidemia è stata alimentata

soprattutto dai casi in tre regioni: Lazio, Campania e Puglia. L'analisi dei fattori di rischio mostra come l'aumento dei casi nel 2026 sia sostenuto prevalentemente dal consumo di frutti

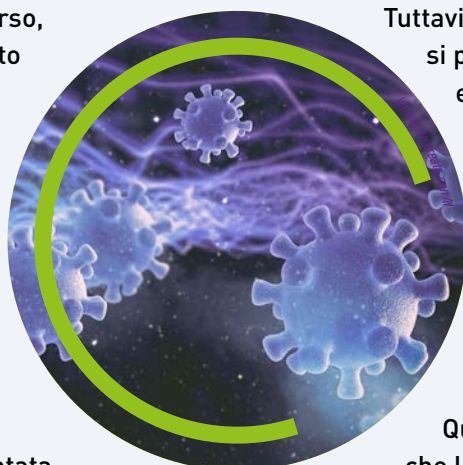
di mare crudi spesso acquistati in circuiti non controllati, da filiere opache. Il virus HAV sopravvive nei molluschi bivalvi perché questi filtrano l'acqua di mare: se l'acqua è contaminata, e in alcune zone del nostro territorio purtroppo lo è, il mollusco diventa un vettore perfetto.

La risposta delle istituzioni non si è fatta attendere. Il Sindaco di Napoli, Gaetano Manfredi, ha firmato un'ordinanza urgente che vieta tuttora il consumo di frutti di mare crudi nei pubblici esercizi e ne raccomanda l'astensione anche a domicilio.

Tuttavia bisogna ricordare che l'epatite A si previene. Abbiamo un vaccino sicuro ed efficace, e la profilassi post-esposizione può essere efficace se somministrata entro 14 giorni dal contatto.

Cuocere i molluschi a temperatura adeguata elimina il virus. Lavarsi le mani prima di mangiare, gesto banale, ha un impatto straordinario.

Questa recrudescenza ci ricorda che le malattie infettive non conoscono discontinuità storica. Tornano. E tornano proprio dove i sistemi di sorveglianza si allentano, dove la filiera alimentare sfugge ai controlli, dove la prevenzione smette di essere una priorità collettiva.



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



Simula+Hub

Learn. Practice. Improve.

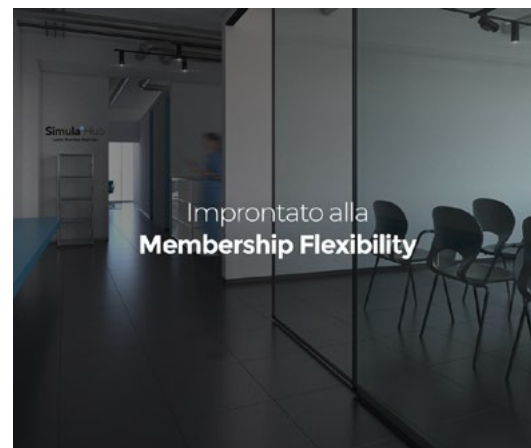
Una Rivoluzione nella Simulazione Medica



Simulatori Robotizzati
in Grado di Emozionare il Discente



Improntato alla
Membership Flexibility



Per maggiori informazioni
visita il nostro sito

accuratesolutions.it/simulazione/simula-hub

Proudly Powered by

Accurate
Learn. Practice. Improve.