

ANNO IX - NUMERO 02 / GIUGNO 2025

medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico

Estate:

i segreti per nutrirsi bene
senza rinunce

ATTUALITÀ

Deprescrizione
farmacologica:
quando togliere è curare
p. 20

RUBRICA AI

NEW!

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

SIMULAZIONE

La simulazione
avanzata in Medicina
di Pronto Soccorso
p. 36

FORMAZIONE

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



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

NUTRACEUTICA

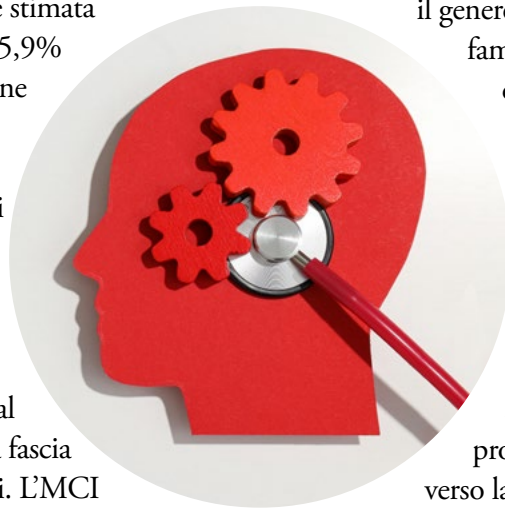


MMG e gestione del paziente con MCI

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

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

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



fattori sociali o ambientali e fattori genetici. I fattori di rischio si distinguono in modificabili e non modificabili. Tra i non modificabili possiamo evidenziare l'età avanzata (il più rilevante), il genere maschile, la familiarità per deterioramento cognitivo e la presenza dell'allele APOE ε4, considerato il più importante fattore genetico associato alla progressione verso la demenza di Alzheimer. Tra i fattori di rischio modificabili, ovvero quelli sui quali il MMG può identificare interventi preventivi precoci, quelli relativi al danno vascolare legato all'ipertensione arteriosa ed alle dislipidemie rappresentano i più importanti, specie se associati, potendo portare a coronaropatia ed ictus ed essendo spesso associati anche ad MCI. Studi incentrati sulla multi morbidità e MCI hanno dimostrato che i pazienti con quattro o più condizioni in comorbidità tra cui, in particolare, ipertensione, coronaropatia

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

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

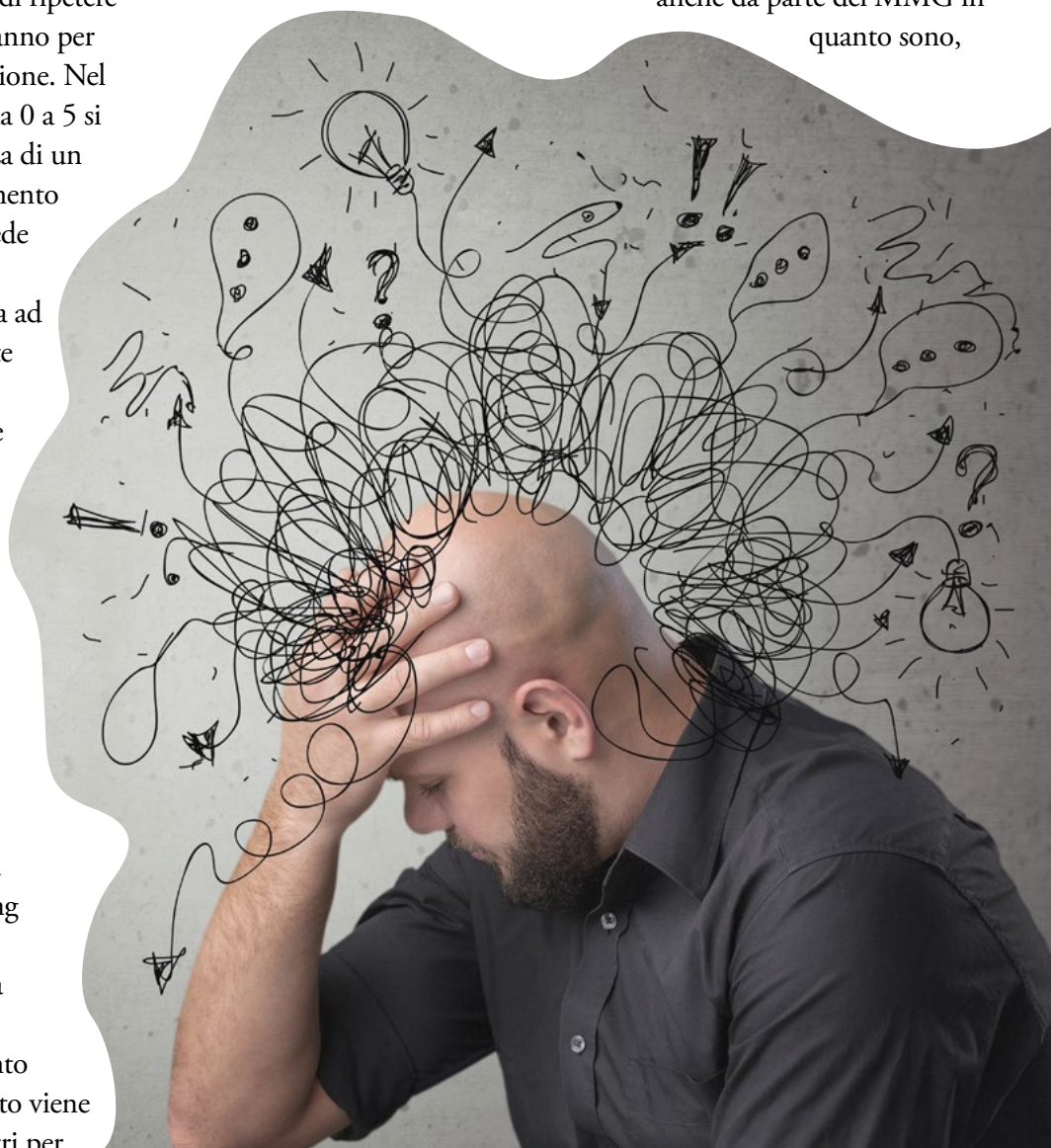
cognitivi con deficit dell'attenzione, della memoria e delle funzioni di elaborazione. L'MCI è possibile poi in pazienti con sofferenza neurologica legata ad idrocefalo persino di tipo normoteso il quale in genere si presenta con la tipiche manifestazioni di andatura atassica, incontinenza urinaria e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



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

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

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



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

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

a dosi adeguate con MCT si assistesse ad un miglioramento

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

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

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

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



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

