

medico e paziente **2**

€ 5,00

MP
edizioni

Periodico di **formazione**
e **informazione**
per il Medico di famiglia
Anno LI | n. 2- **2025**

NEFROLOGIA Gestione della
nefropatia cronica nel paziente
con diabete di tipo 2

EPIDEMIOLOGIA I numeri del
cancro nel Rapporto AIOM 2024

GERIATRIA L'insidiosa relazione tra
osteoporosi, demenza e fratture da fragilità

EPIDEMIOLOGIA Lo stato di salute della
popolazione italiana nella fotografia
scattata dall'analisi GBD 2021



BPCO
L'AGGIORNAMENTO 2025
delle **LINEE GUIDA GOLD**

Global Initiative for
Chronic Obstructive
Lung Disease
**2025
REPORT**

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, LO/MI



Patologia complessa, sottovalutata e sottodiagnosticata che rappresenta una delle principali cause di decesso e di perdita della qualità di vita a livello globale: la BPCO si conferma una sfida sul piano clinico-diagnostico e rappresenta un problema di salute pubblica, meritevole di attenzione e di interventi urgenti. Secondo le stime dell'OMS, la BPCO è la quarta causa di decesso al mondo, con oltre 3,5 milioni di morti. Nei Paesi industrializzati il fumo di tabacco è responsabile del 70% dei casi di malattia, mentre nelle regioni in via di sviluppo l'inquinamento atmosferico è la causa principale. Le linee guida GOLD 2025 puntano l'attenzione in particolare sull'individuazione precoce dei soggetti a rischio, che nel tempo possono sviluppare la malattia



6 NEFROLOGIA

Malattia renale cronica
Riconoscerla e trattarla nel paziente con diabete mellito tipo 2

La complessità del paziente diabetico con malattia renale cronica richiede una gestione multidisciplinare e la cooperazione tra MMG e specialista nefrologo, nell'ottica di individuare precocemente i pazienti e attuare una terapia adeguata
Cataldo Abaterusso



12 APPROFONDIMENTI

BPCO
Le novità sulla gestione della malattia nell'aggiornamento 2025 delle linee guida GOLD

Implementare la diagnosi precoce per poter individuare tempestivamente i soggetti a rischio e attuare un approccio personalizzato in base alle caratteristiche di malattia e del paziente: queste le principali novità del documento GOLD
A cura della redazione



18 GERIATRIA

Osteoporosi, demenza e fratture da fragilità
Un connubio "insopportabile", troppo spesso ignorato eppure modificabile

Osteoporosi e fratture da fragilità spesso coesistono nelle persone con demenza. La compresenza riguarda soprattutto i soggetti sopra i 75 anni, richiede particolare attenzione e un miglioramento del percorso assistenziale
A cura di Carmelinda Ruggiero, Valentina Bubba

23 LETTI PER VOI

Epidemiologia

Un'analisi GBD 2021 valuta lo stato di salute della popolazione italiana con focus sull'impatto della cronicità e sulle differenze a livello regionale

Dislipidemie

Efficacia e sicurezza della terapia con statine per la prevenzione primaria CV negli anziani ipercolesterolemici con malattia renale cronica

Nutrizione

Un apporto adeguato di calcio con la dieta si rivela protettivo nei confronti del rischio di sindrome metabolica

Endocrinologia

Impatto della perdita di peso corporeo sulla remissione del diabete di tipo 2: una review con metanalisi evidenzia una relazione dose-risposta

Farmacovigilanza

Valutazione del profilo di efficacia-sicurezza del trattamento con metformina in anziani con sarcopenia o fragilità: deludenti i risultati dello studio MET-PREVENT

Endocrinologia

Obesità, una nuova definizione per un percorso terapeutico più efficace

28 SANITÀ

I numeri del cancro in Italia 2024
L'incidenza resta stabile e aumentano le guarigioni

A cura della redazione



Per le informazioni sugli abbonamenti telefonare allo 02 4390952

DIRETTORE EDITORIALE

Anastassia Zahova

COORDINAMENTO REDAZIONE WEB

Alessandro Visca

REDAZIONE

Folco Claudi, Cesare Peccarisi

PROGETTO GRAFICO E IMPAGINAZIONE

Elda Di Nanno

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Concetta Accarrino

DIRETTORE COMMERCIALE

Carla Tognoni

carla.tognoni@medicoepaziente.it

CLIENT ACCOUNT

Silvia Pizzoli - silvia.pizzoli@medicoepaziente.it

RESPONSABILE COMUNICAZIONE

Elisabetta Benini - elisabetta.benini@medicoepaziente.it

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Cataldo Abaterusso, Valentina Bubba, Carmelinda Ruggiero

Crediti fotografici: 123RF Archivio Fotografico, Freepik

DIRETTORE RESPONSABILE

Sabina Guancia Scarfoglio

Registrazione del Tribunale di Milano n. 32 del 4/2/1975 Filiale di Milano. R.O.C. N° 10464. L'IVA sull'abbonamento di questo periodico e sui fascicoli è considerata nel prezzo di vendita ed è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma lettera CDPR 26/10/1972 n. 633. L'importo non è detraibile e pertanto non verrà rilasciata fattura.

Stampa: Graphicscalve, Vilminore di Scalve (BG)

I dati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'Editore "M e P Edizioni Medico e Paziente" per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'art. 7 D. LGS 196/2003 è possibile in qualsiasi momento e gratuitamente consultare, modificare e cancellare i dati o semplicemente opporsi al loro utilizzo scrivendo a: M e P Edizioni Medico e Paziente, re-sponsabile dati, via Dezza, 45 - 20144 Milano.

COMITATO SCIENTIFICO

Prof. **Vincenzo Bonavita**

Professore emerito di Neurologia, Università "Federico II", Napoli

Prof. **Fausto Chiesa**

Direttore emerito Divisione Chirurgia Cervico-facciale, IEO (Istituto Europeo di Oncologia), Milano

Prof. **Sergio Coccheri**

Già Direttore della Divisione di Angiologia e Coagulazione presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi; Bologna

Prof.ssa **Roberta Gualtierotti**

Professoressa Associata di Medicina Interna
Dipartimento di Fisiopatologia Medico-chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano
S.C. Medicina - Emostasi e Trombosi, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

Prof. **Giuseppe Mancia**

Professore emerito di Medicina interna, Università degli Studi Milano-Bicocca

Dott. **Alberto Oliveti**

Medico di famiglia, Ancona; Presidente Fondazione ENPAM

Prof. **Rocco Maurizio Zagari**

Professore ordinario di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

COME ABBONARSI a MEDICO e PAZIENTE

Abbonamento annuale **ordinario**
MEDICO E PAZIENTE € 20,00

Abbonarsi è facile:

- ▶ basta una telefonata **024390952**
- ▶ un fax **02 56561838**
- ▶ o una e-mail
abbonamenti@medicoepaziente.it

Numeri arretrati € 10,00

Modalità di pagamento

1 Carta di credito

Collegandosi al sito
mep-edizioni.it/abbonamento/

2 Bollettino di ccp n. 94697885 intestato a: M e P Edizioni srl - via Dezza, 45 - 20144 Milano

3 Bonifico bancario:

Beneficiario: M e P Edizioni
IBAN: IT 41 V 05034 01691 000000023440
Specificare nella causale l'indirizzo
a cui inviare la rivista



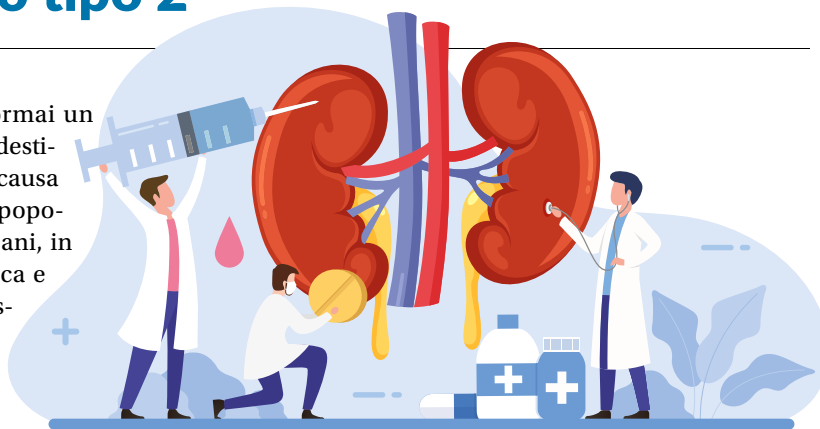
Malattia renale cronica

Riconoscerla e trattarla nel paziente con diabete mellito tipo 2

Il diabete mellito (DM) rappresenta ormai un problema di salute pubblica mondiale destinato a peggiorare nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e di stili e abitudini di vita non sani, in particolare per l'insufficiente attività fisica e l'epidemia globale dell'obesità che interessa anche le fasce di popolazione più giovani. La Federazione Internazionale del Diabete stima la prevalenza del DM intorno al 10-15% a livello globale con circa 537 milioni di persone di età tra 20 e 79 anni e con una previsione di incremento a 783 milioni entro il 2045 (1). A fronte di questa devastante espansione globale, si prevede che nel 2040 il DM risulterà la settima principale causa di morte e la malattia renale cronica (CKD) la quinta (2). Oltre il 90% dei pazienti sarà affetto da diabete mellito di tipo 2 (DMT2). Il DM è una delle principali cause di CKD. DM e CKD sono fattori di rischio indipendenti per una ridotta sopravvivenza. Quando entrambi sono presenti nella stessa persona, il rischio di mortalità e di sviluppare malattie cardiovascolari (CV) si moltiplica.

In Italia, la prevalenza di DM risulta sensibilmente inferiore attestandosi tra il 5-6% (circa 4 milioni), con trend di incremento più modesto che nel resto del mondo (studio PASSI; ISS). Purtroppo, anche in Italia si assiste ad una distribuzione disomogenea del DM con maggiore prevalenza in alcune aree geografiche e nella popolazione con livello socio-economico inferiore, minore accesso alle cure, minore livello di studio e maggiore età (3).

In Italia, oggi, circa un paziente su 4-5 inizia la terapia dialitica a causa del DM. Inoltre la CKD interessa circa il 30% dei pazienti con



DM tipo 1 e il 40% di quelli con DMT2. La maggioranza dei pazienti con CKD e DM, però, affrisce tardivamente alle cure del nefrologo (late referral), quando cioè la malattia renale ha ormai raggiunto gli stadi più avanzati che risultano meno suscettibili agli interventi terapeutici farmacologici e non farmacologici, in termini di rallentamento della progressione verso l'uremia terminale, riducendo così l'efficacia complessiva delle terapie disponibili.

L'approccio terapeutico alla CKD nel paziente con DMT2 si è radicalmente modificato negli ultimi anni grazie alla recente introduzione di farmaci innovativi ed efficaci nel rallentare la altrimenti inesorabile progressione di malattia cardio-renale. Tuttavia, la tardiva adozione di efficaci presidi terapeutici pregiudica il raggiungimento del beneficio massimale del trattamento riducendo così l'impatto sulla popolazione. La combinazione di questi nuovi farmaci con la terapia tradizionale consente oggi di ridurre la comparsa o la progressione delle principali complicanze della CKD (ipertensione, anemia, iperpotassiemia, eventi cardiovascolari) e ritardare, anche di anni, il raggiungimento dello stadio terminale dell'uremia (End Stage Kidney Disease; ESKD) e la necessità di iniziare la dialisi con conseguente aumento del rischio di morte, riduzione della qualità di vita e impegno di rilevanti risorse del SSN.



Come ottenere



i crediti

in collaborazione con



Testi a cura di

Cataldo Abaterusso

AULSS2 Marca trevigiana, Ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna (TV)

Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Nefrologia (SIN)

L'EVOLUZIONE DELLA STORIA NATURALE DELLA CKD NEL DIABETE ALLA LUCE DEGLI STANDARD DI CURA ATTUALI

La diffusione del DMT2, l'invecchiamento della popolazione generale e dei pazienti con DM, la diffusione di efficaci trattamenti farmacologici standard hanno complessivamente modificato l'espressione clinica della CKD

nel DMT2 offrendo al medico nuove sfide diagnostiche. Infatti la "classica" manifestazione clinica e istologica del danno renale del DM di tipo 1, descritta da Mogensen nel 1983, e definita nefropatia diabetica o glomerulosclerosi diabetica con la sua evoluzione clinica (attraverso i 5 stadi, dalla comparsa della microalbuminuria all'uremia), non sono oggi del tutto applicabili al quadro clinico del più anziano, comorbido e pluritrattato paziente con DMT2. I dati di NHANES 1988-2014 hanno infatti evidenziato una progressiva divergenza nei trend temporali tra la prevalenza dell'albuminuria (- 24% per la micro-, stabilizzazione della macro-) e il marcato incremento di eGFR ridotto (4). Ciò suggerisce che la storia naturale della CKD nel DMT2 è eterogenea e che l'inizio e la progressione del declino della funzione renale possono decorrere indipendentemente dalla comparsa e progressione dell'albuminuria. In effetti, casistiche biotiche di pazienti con DMT2, microalbuminuria e normale GFR avevano evidenziato una "eterogeneità" del quadro istopatologico renale (5).

Più recentemente, dati epidemiologici hanno evidenziato l'eterogeneità della storia naturale di questa complicanza, spingendo così a utilizzare il termine unificante di "malattia renale diabetica" (DKD) per comprendere tutte le espressioni cliniche renali dei soggetti diabetici (6). Deve essere tuttavia sottolineato che l'unificazione delle eterogenee espressioni di CKD nel DM tipo 2, potrebbe ingenerare una distorta semplificazione della complessa patogenesi del danno renale.

I "NUOVI" FENOTIPI DELLA CKD NEL DM TIPO 2

Negli ultimi due decenni è stata diffusamente confermata l'osservazione della prevalenza di un fenotipo di malattia renale caratterizzato da isolato GFR ridotto (<60 ml/min/1.73m²) non associato ad albuminuria in pazienti con DMT2, ma anche DMT1. In aggiunta al "classico" quadro di nefropatia albuminurica, quindi, sono emersi due nuovi fenotipi, ovvero quello caratterizzato da "insufficienza renale non-albuminurica" (eGFR <60 ml/min/1.73 m² e albuminuria normale) e quello con "declino renale progressivo", che suggeriscono che la progressione della CKD verso l'ESKD, sia nel DM di tipo 1 che nel DM di tipo 2, può verificarsi attraverso due percorsi distinti annunciati

da un aumento progressivo dell'albuminuria (ACR) e/o dal declino del eGFR, rispettivamente (7). Dati da studi trasversali (NHANES 1988-1994) e longitudinali dimostrano che il fenotipo di CKD non-albuminurico risulta prevalente con percentuali che vanno dal 35 al 60-70% in base ai criteri utilizzati. Inoltre è emerso come il fenotipo di CKD non-albuminurico presenti, generalmente, un minor rischio di evoluzione verso l'ESKD, ma un maggior rischio di morte per cause CVD rispetto ai pazienti con fenotipo "classico" (8). Accanto a questo quadro si riconosce una variante di CKD non-albuminurica con progressiva perdita di funzione la cui individuazione può derivare solo dallo slope del GFR da misurazioni seriate della creatinina. I "progressors" non-albuminurici sono caratterizzati da una riduzione del GFR >3 ml/min/anno, laddove una "rapida progressione" del declino del GFR è rappresentata da una perdita >5 ml/min/anno, in accordo con le linee guida KDIGO (9).

Presi insieme, questi risultati indicano che l'albuminuria e l'eGFR ridotto possono manifestarsi e procedere insieme o separatamente, come espressioni complementari o "gemelle" della CKD nel DM (10) e che ci sono due percorsi principali per l'insorgenza e la progressione della DKD, ovvero 1) albuminurico e 2) non-albuminurico. Ciò potrebbe avere importanti implicazioni terapeutiche. Infatti, nel fenotipo albuminurico la perdita di eGFR è preceduta e guidata dallo sviluppo e progressione della microalbuminuria la cui riduzione può rallentare significativamente il declino della funzione renale. Nel paziente non-albuminurico, di cui CKD non-albuminurica e il "declino renale progressivo" sono due facce della stessa medaglia, la perdita di eGFR è indipendente dalla microalbuminuria e i trattamenti mirati a ridurla potrebbero essere meno efficaci (11).

DIAGNOSI DI CKD NEL PAZIENTE DMT2 E INDICAZIONI PER LA BIOPSIA RENALE

La CKD è definita come escrezione urinaria di albumina persistentemente elevata (>30 mg/g), eGFR persistentemente ridotto (<60 ml/min/ 1.73 m²), o entrambi, per più di 3 mesi, in conformità con le attuali linee guida KDIGO (12). Le linee guida raccomandano di valutare sia l'albuminuria che l'eGFR per lo screening della DKD (diabetic kidney disease). L'albuminuria dovrebbe essere misurata preferibilmente

in breve La complessità del paziente diabetico con malattia renale cronica (CKD) richiede una gestione multidisciplinare e la cooperazione tra MMG e specialista nefrologo. L'obiettivo dovrebbe essere quello di individuare precocemente i pazienti con CKD in modo da attuare un approccio terapeutico mirato e personalizzato.

File completo acquistabile come arretrato da nostro sito

Arretrati