

M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XXXIII, numero 1 - 2026

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Nicola Miglino - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

■ RIFLETTORI 12

**L'Ospedale che verrà
tra Intelligenza artificiale
e Medicina personalizzata**

■ RELAZIONE E CURA 15

**Alla ricerca di un senso:
quando la medicina
incontra la spiritualità**

■ LINEE GUIDA 18

**Rivoluzione a tavola
negli Usa. Il piano Kennedy
divide gli esperti**

■ PRATICA MEDICA 24

**Mmg e acromegalia: la chiave
per la diagnosi precoce
è "fare i collegamenti"**



Attraverso il presente
QR-Code è possibile
scaricare l'intera rivista



Farmacia dei servizi Nuovi equilibri sul territorio

Simg e Fofi a confronto

Andrea Mandelli

*Presidente Federazione
ordini farmacisti italiani (Fofi)*

Alessandro Rossi

*Presidente Società italiana dei medici di
medicina generale e delle cure primarie (Simg)*

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXIII numero 1 febbraio 2026

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcini, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo

Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Advertising

Giancarlo Confalonieri
Luana De Stefano
Sara Simone
Sara Carlomagno
mkt@passonieditore.it

Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.)
Fax 02.202294333
E-mail: info@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico

Dario Passoni

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72
il pagamento dell'IVA è compreso
nel prezzo di vendita

Stampa: Sincronia - Legnano

In questo numero

ATTUALITÀ

■ Prima pagina

Dal tempo delle scelte al coraggio della riforma 5

■ Intervista

Farmacia dei servizi. Nuovi equilibri sul territorio 6

■ Contrappunto

Medicina di famiglia. La frontiera fragile del Ssn 10

■ Riflettori

L'Ospedale che verrà tra Intelligenza artificiale
e Medicina personalizzata 12

■ Legislazione

Vaccinazioni e rifiuti sanitari. Le responsabilità delle Asl 14

■ Relazione e cura

Alla ricerca di un senso: quando la medicina
incontra la spiritualità 15

CLINICA E TERAPIA

■ Linee guida

Rivoluzione a tavola negli Usa. Il piano Kennedy divide gli esperti 18

■ Clinica

Glomerulonefriti: ruolo del Mmg nel percorso diagnostico 21

■ Pratica medica

Mmg e acromegalia: la chiave per la diagnosi precoce
è "fare i collegamenti" 24

■ Case report

Patologia ginecologica nello studio
del medico di medicina generale 26

■ Casi clinici

Ricerca territoriale: addensamenti polmonari in crescita
nei pazienti sotto i 65 anni 28

■ Management

Salute e territorio: la sfida delle cure primarie
nella gestione delle fratture 30



Dal tempo delle scelte al coraggio della riforma

■ Anna Sgritto

Il 2025 è stato il “tempo delle scelte”, ma il 2026 non concede più alibi. Dopo preintese e aggiustamenti, ora serve definire l’identità della Medicina generale dentro una riforma territoriale che, senza i medici di famiglia, rischia di restare un guscio vuoto.

La sfida della prossimità, lanciata dal Dm 77, non è più un orizzonte lontano. Tuttavia, l’attuazione completa continua a procedere a velocità diverse tra le Regioni e, in assenza di un ruolo realmente centrale per i Mmg, la riforma della sanità territoriale rischia di consolidarsi come un’architettura incompleta, priva di quel tessuto professionale che ne garantisce la professionalità.

Il nodo più urgente resta il superamento definitivo dell’attuale modello formativo, la trasformazione del corso in una vera e propria specializzazione in Medicina generale non è più una rivendicazione astratta: è entrata nell’agenda politica e nazionale, con ipotesi di integrazione nelle reti universitarie e di equiparazione contrattuale durante il percorso. Ora la questione non è più se, ma come garantire ai giovani un’iter formativo paritario, per dignità e tutele, a quello di ogni altro specialista Ssn.

Accanto allo status, servono strumenti. In quest’ottica, la telemedicina e le televisite rischiano di trasformarsi in un’occasione mancata. Mentre nel settore privato queste modalità sono già operative e strutturate, nel sistema pubblico l’implementazione procede in maniera disomogenea: piattaforme non integrate, responsabilità frammentate tra Ministero, Regioni e Asl, assenza di un riconoscimento economico chiaro e di un’organizzazione che sostenga davvero il lavoro del medico di famiglia. Il risultato è che ciò che dovrebbe semplificare rischia di trasformarsi in un nuovo carico burocratico, privo di una reale integrazione gestionale. Investire “male” significa fornire la tecnologia senza l’organizzazione; investire “poco” significa condannare il territorio a una sanità di serie B. È il momento di portare diagnostica e telemedicina fuori dalle sperimentazioni e dentro gli studi dei Mmg, con risorse, governance e visione.

Il rischio di una “privatizzazione evidente” non è più una minaccia teorica: è un fenomeno già osservabile. L’aumento della spesa privata, le liste d’attesa che spingono i cittadini verso il privato e la carenza di Mmg in alcune aree stanno aprendo spazi a modelli assicurativi e servizi di prossimità non pubblici. In un contesto in cui i bisogni di una popolazione sempre più anziana e fragile crescono, non è più sostenibile rispondere con soluzioni temporanee o con una frammentazione delle cure che indebolisce l’universalità del Ssn.



Farmacia dei servizi

Nuovi equilibri sul territorio

L'evoluzione delle farmacie in presidi di prossimità apre a nuove opportunità di screening e monitoraggio, ma accende il dibattito su governance del dato e confini clinici. Andrea Mandelli, presidente della Fofi, e Alessandro Rossi, presidente della Simg, analizzano opportunità e criticità di un modello che punta a integrare screening e monitoraggio nella pratica quotidiana

A cura di **Nicola Miglino** e **Anna Sgritto**

Il consolidamento della "Farmacia dei servizi" sta ridisegnando la geografia dell'assistenza territoriale in Italia. Le interviste rilasciate a *M.D. Medicinae Doctor* da **Alessandro Rossi**, presidente della **Simg** e da **Andrea Mandelli** presidente della **Fofi**, delineano un quadro di sostanziale convergenza sull'obiettivo finale - la tutela del cittadino e la sostenibilità del Ssn - pur con sfumature diverse sul piano operativo. Entrambe le parti concordano sul fatto che la farmacia rappresenti un nodo strategico di prossimità, fondamentale per intercettare bisogni a bassa complessità e migliorare l'aderenza terapeutica. Tuttavia, per Simg

è ineludibile che il medico di medicina generale (Mmg) resti l'unico responsabile clinico della presa in carico, evitando che la moltiplicazione delle prestazioni si traduca in frammentazione delle cure. Dal canto suo, Fofi rassicura sulla distinzione tra orientamento e diagnosi: il farmacista rileva i parametri, ma è sempre il medico a interpretarli clinicamente.

Il vero "collo di bottiglia" identificato da entrambi è l'integrazione tecnologica: senza un Fse (Fascicolo sanitario elettronico) pienamente interoperabile e flussi di dati bidirezionali e tracciabili, il rischio è di generare "rumore di fondo" anziché valore aggiunto per la salute pubblica.

Alessandro Rossi - *Presidente Società italiana dei medici di medicina generale e delle cure primarie (Simg)*

L'importanza dell'integrazione dei flussi informativi

 *Con la Farmacia dei servizi a regime e nuovi punti di accesso per screening e monitoraggio, come si garantisce che i dati raccolti confluiscono nel percorso clinico governato dal Mmg?*

“Vorrei fare una premessa “di sistema”: con la Convenzione/Acn 2025, il perimetro dei servizi riguardanti le Farmacie risulta meglio definito. Consideriamo però ineludibili tre assunti operativi. Il primo: il Mmg resta il responsabile clinico della presa in carico. Il secondo: la farmacia è il nodo di prossimità che eroga prestazioni codificate di percorso ed ogni prestazione deve avere un *workflow* di ritorno (esito/misura) per il Mmg. Il terzo: la Regione o l'Asl deve tradurre l'Acn in un accordo locale per definire tariffe, criteri e priorità di servizi. Detto questo, è bene che le farmacie concorrano ad attività di screening, che hanno percentuali ancora troppo basse nel nostro Paese,

ma noi siamo fermamente convinti che il coinvolgimento attivo della Medicina generale nelle attività di screening possa ottenere risultati migliori di quanto già fornito ed ottenuto a livello nazionale”.



 *Nel monitoraggio dell'aderenza terapeutica, come immagina la Simg una collaborazione tecnica tra Mmg e farmacista per ridurre l'abbandono delle terapie nelle patologie croniche?*

“Oggi risulta assolutamente prioritario migliorare i tassi di aderenza per evitare l'insorgenza di complicanze precoci nelle malattie croniche. La Simg im-

magina un processo di revisione dell'uso dei farmaci da parte del farmacista 'identificando interazioni, duplicazioni o problemi di assunzione' con un sistema di segnalazione tracciabile verso il medico di medicina generale.

È un tema di sistema: la farmacia può monitorare i pazienti, ma serve una reale condivisione di dati. Riteniamo però strategico investire prioritariamente sulla Medicina generale per ottenere questi risultati, come dimostrato da diverse esperienze regionali di successo che hanno già tracciato la strada con modelli di presa in carico strutturati ”.



Quali standard di qualità sono indispensabili affinché Ecg e spirometrie eseguiti in farmacia siano realmente utili al medico e non generino "rumore" nel sistema?

“Queste prestazioni dovrebbero essere primariamente appannaggio del Mmg, specie se organizzato in team. L'integrazione in farmacia può essere utile, ad esempio nei comuni più isolati o con fragilità di trasporto, ma serve una filiera condivisa: chi prescrive, chi referta e chi prende in carico. Senza questo percorso si rischiano esami inappropriati o allarmi ingiustificati che finiscono per intasare i Pronto Soccorso. Un'attenzione particolare va ai test funzionali come la spirometria: chi esegue l'esame deve avere una formazione specifica e certificata. Non basta lo strumento; serve l'operatore formato, altrimenti il dato perde valore clinico e utilità per il medico che deve poi impostare la terapia ”.



Come evitare che il paziente gestisca la cronicità saltando il medico? Quali modelli di collaborazione "in team" propone la Simg?

“Serve una regia clinica forte per orientare le scelte del paziente. Dobbiamo essere concreti e ipotizzare pragmaticamente i modelli di collaborazione. Io penserei almeno a tre modelli.

- **Modello 1 (basale):** interazione tra Aft e Farmacia per identificare pazienti eleggibili quali, per esempio, ipertesi non controllati; la farmacia esegue misurazioni programmate ed invia segnalazioni rapide con sistema di alert al Mmg.
- **Modello 2:** Pdta condiviso per principali patologie croniche (es. diabete tipo 2) con remunerazione a percorso secondo accordi locali; significa arruolamento formalizzato, calendario condiviso di contatti e Kpi definiti.

- **Modello 3:** farmacia come snodo operativo con le Case di Comunità laddove esistano e siano funzionanti. La farmacia, anche esterna, può essere agganciata ai percorsi della CdC ”.



Il nuovo ruolo di "front office" della farmacia può davvero aiutare a decongestionare gli studi dei medici di famiglia?

“Può essere un supporto per i bisogni a bassa complessità, ma oggi mancano ancora canali di comunicazione ufficiali e bidirezionali. Un esempio sono le vaccinazioni: attualmente, se un cittadino si vaccina in farmacia e il medico non riceve una notifica in tempo reale dell'avvenuta somministrazione, si creano inefficienze gestionali e burocratiche che annullano il potenziale beneficio del decongestionamento degli studi. La farmacia deve facilitare il lavoro del Mmg e non aggiungere complessità nel recupero dei dati clinici che riguardano i propri assistiti ”.



Sul fronte della prevenzione oncologica, come può la farmacia integrarsi efficacemente senza sovrapporsi ai percorsi di screening nazionali?

“La farmacia è un sensore territoriale fondamentale per aumentare il *testing*, specialmente in quelle aree o fasce di popolazione dove l'adesione è storicamente bassa. Tuttavia, lo screening non si esaurisce con l'esecuzione del test (come il colon-retto): deve esserci un raccordo immediato con il Mmg per la gestione dell'eventuale positività e l'inserimento rapido del paziente nel percorso di secondo livello. La farmacia deve agire come facilitatore d'accesso coordinato con il resto del Ssn, non come un canale diagnostico separato e indipendente ”.



In conclusione, qual è la sfida principale per rendere questa collaborazione strutturale e non episodica?

“Passare dalla visione normativa del 2009 a una fase di maturità organizzativa. La Farmacia dei servizi è una realtà di fatto, ma il successo dipende dalla reale integrazione con il Mmg e il Distretto. Il vero "collo di bottiglia" non è l'elenco delle prestazioni erogabili, ma l'integrazione dei flussi informativi (*workflow* e dati). Dove c'è accordo organizzativo e interoperabilità dei sistemi, i risultati sono eccellenti in termini di accesso e follow-up delle cronicità; dove questo manca, restano prestazioni episodiche che rischiano di frammentare la cura del paziente ”.

IL QUADRO NORMATIVO: DALLA VISIONE ALL'ATTUAZIONE

Il percorso della **Farmacia dei servizi** e la sua integrazione nel nuovo assetto territoriale poggiano su alcuni pilastri legislativi fondamentali:

- **D.Lgs. 153/2009:** autorizza le farmacie a erogare prestazioni aggiuntive (telemedicina, analisi di prima istanza, supporto infermieristico/fisioterapico).
- **Dm 77/2022:** inserisce la farmacia nella rete assistenziale come presidio di prossimità e nodo della rete multi-

disciplinare delle Case della Comunità.

- **Pnrr (Missione 6 Salute):** Pnrr (Missione 6 Salute): finanzia l'ammodernamento digitale e collega la Farmacia dei servizi al potenziamento del Fse 2.0 e dell'interoperabilità dei dati.

- **Acn 2025:** riconosce il ruolo del Mmg come responsabile clinico del percorso del paziente e definisce l'interazione con i servizi diagnostici territoriali, incluse le farmacie.

Andrea Mandelli - Presidente Federazione ordini farmacisti italiani (Fofi)

Governance del dato: tema chiave per il futuro dell'assistenza



Con l'aumento dei dati clinici prodotti dal farmacista, come si garantisce l'integrazione nel Fascicolo sanitario elettronico e la consultazione in tempo reale da parte del Mmg?

“La governance del dato è un tema chiave per il futuro dell'assistenza sanitaria. Il Fascicolo sanitario elettronico e il Dossier farmaceutico, aggiornato dal farmacista al momento della dispensazione, sono strumenti strategici per favorire l'integrazione tra i professionisti sanitari e migliorare la gestione delle patologie croniche. Una centralità destinata a rafforzarsi ulteriormente con la completa dematerializzazione delle prescrizioni e con il consolidamento dei servizi sanitari erogati dai farmacisti di prossimità, sempre più richiesti dai cittadini.

Come Federazione, abbiamo sostenuto fin da subito la necessità che il farmacista potesse accedere anche ai dati clinici del paziente. Solo in questo modo è possibile garantire la piena operatività del Fse e valorizzarne il contributo in termini di appropriatezza prescrittiva, monitoraggio dei pazienti e miglioramento dell'aderenza terapeutica. È un modello virtuoso: la prossimità genera informazione, l'informazione rafforza la cura”.



Quali protocolli state sviluppando per segnalare in modo strutturato al medico curante la mancata aderenza o le potenziali interazioni rilevate in farmacia?

“Il farmacista è molto spesso il primo a intercettare segnali di scarsa aderenza: terapie sospese, assunzioni irregolari o difficoltà pratiche nella gestione dei farma-

ci. La presenza capillare sul territorio e la conoscenza diretta delle persone ci consentono di individuare fragilità e bisogni concreti. Non si tratta, evidentemente, di sostituirsi al medico, ma di rafforzarne l'azione, mettendo a disposizione informazioni utili per una presa in carico più efficace del paziente cronico.

Oggi, la possibilità per il medico di medicina generale di prescrivere terapie croniche annuali contribuisce a rafforzare questo dialogo. In questo quadro, la messa a punto di strumenti sempre più smart di interazione tra professionisti può fare la differenza, soprattutto nei momenti più delicati come l'avvio di una nuova terapia. È questa la vera alleanza terapeutica: lavorare insieme per prevenire complicanze, ridurre i ricoveri evitabili e contrastare lo spreco di risorse, con un unico obiettivo comune: la tutela della salute del cittadino”.



Quali garanzie offre la Fofi su standard delle apparecchiature e qualità della refertazione specialistica a distanza?

“La telemedicina in farmacia è uno strumento di equità ed efficienza: per il cittadino significa accesso semplice e rapido alla prevenzione, per il medico rappresenta la possibilità di ricevere referti certificati senza sovraccaricare l'attività ambulatoriale. La qualità delle prestazioni si fonda su tre pilastri: tecnologia certificata, formazione qualificata del personale e



refertazione specialistica da remoto. Come Federazione, abbiamo lavorato fin da subito alla definizione di Linee guida, in collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia e trasmesse al Ministero della Salute, per fornire indicazioni chiare e validate sull'erogazione dei servizi di telemedicina in farmacia. L'obiettivo è uniformare le modalità di esecuzione delle prestazioni, la gestione e la manutenzione delle apparecchiature e la comunicazione al paziente, garantendo al contempo un'efficace collaborazione interprofessionale con i medici. La Fofi vigilerà affinché questi standard siano applicati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Vale la pena ricordare che le apparecchiature utilizzate in farmacia rispondono agli stessi standard di quelle impiegate in altri presidi sanitari e che la refertazione è sempre affidata a medici specialisti accreditati. Il farmacista ha il compito di intercettare precocemente eventuali alterazioni dei parametri di salute e indirizzare tempestivamente al medico curante o alle altre strutture del servizio sanitario ”.



Nel modello di Farmacia dei servizi, come viene garantita la distinzione tra attività di screening e atto diagnostico, di esclusiva competenza medica?

“ Questo confine è chiarissimo e non è mai stato in discussione. La Farmacia dei servizi nasce per rafforzare l'integrazione, non per creare sovrapposizioni. Lo screening e le analisi di prima istanza che per legge possono essere eseguite dal farmacista sul territorio, sono un atto di prevenzione e orientamento, non una diagnosi. Il farmacista può rilevare un parametro, ma è il medico che lo interpreta clinicamente e definisce il percorso terapeutico. Ogni prestazione erogata dal farmacista è accompagnata da un attestato di esito, che non è un referto medico, ma un documento informativo per il paziente e per il medico curante. Il nostro obiettivo è intercettare precocemente i bisogni di salute e indirizzare correttamente il cittadino all'interno del sistema di cura ”.



Quali strumenti di comunicazione diretta (es. messaggistica protetta o nodi regionali) propone la Federazione per far dialogare rapidamente farmacista e Mmg su pazienti complessi?

“ La cronicità è la grande sfida del nostro tempo. Nessuna professione può affrontarla da sola. Il paziente cronico non ha bisogno di interventi frammentati, ma di una rete integrata che lavori in squadra,

con la persona al centro del percorso assistenziale. Farmacista e medico devono potersi confrontare in modo rapido e strutturato. È così che si costruisce una vera presa in carico: condivisa, continua, personalizzata ”.



Il farmacista acquisisce competenze cliniche: sono previsti percorsi formativi congiunti con le società scientifiche dei Mmg per condividere linguaggi e obiettivi nella gestione delle cronicità?

“ La formazione continua è un pilastro del percorso di crescita della professione e rappresenta uno strumento fondamentale per supportare il farmacista nella sua attività quotidiana al servizio della salute delle persone. L'offerta formativa federale, che è gratuita per tutti i farmacisti iscritti all'Albo, copre tutte le aree di conoscenza e competenza oggi richieste al farmacista: dalle vaccinazioni alla promozione della salute, dal supporto all'aderenza terapeutica nelle principali patologie croniche - come diabete, ipertensione e Bpco - ai servizi di telemedicina, alle analisi di prima istanza, fino alle attività di screening. C'è inoltre una forte volontà di rafforzare le sinergie con le società scientifiche anche su questo fronte, per favorire una presa in carico sempre più integrata e rispondente ai bisogni concreti di cittadini e pazienti ”.



Come può la farmacia, come front office del Ssn, contribuire a decongestionare gli studi dei medici di famiglia?

“ Il farmacista è in molti casi il primo punto di contatto tra cittadino e sistema sanitario, soprattutto nelle aree interne e nei contesti più fragili. Questo ruolo di porta di accesso del Ssn consente di intercettare bisogni a bassa complessità - educazione sanitaria, prevenzione, monitoraggio dei principali parametri di salute - alleggerendo il carico sugli studi dei medici di famiglia, che possono così dedicarsi agli aspetti più complessi di diagnosi e cura.

È un modello win-win: il cittadino trova risposte rapide vicino a casa, il medico recupera tempo clinico di qualità e il sistema diventa più sostenibile. È questa la prospettiva di sistema nella quale si inserisce il percorso di evoluzione della professione che abbiamo concretizzato in questi anni: un farmacista protagonista dell'assistenza territoriale, a garanzia di servizi sanitari accessibili a tutti, secondo l'approccio multidisciplinare alla prevenzione e alla gestione dei pazienti cronici sancito dal Dm 77 ”.

Medicina di famiglia

La frontiera fragile del Ssn

Potere contrattuale, eredità della pandemia, lavoro asincrono e dibattito sul ruolo unico: la Medicina generale entra in un passaggio storico che rimette in gioco identità professionale, retribuzione e autonomia

Giuseppe Mittiga

Medico di medicina generale, Roma

La fine della cosiddetta *plethora medica* ha fatto sì che i nuovi professionisti possano oggi disporre di un maggiore potere contrattuale. Si tratta, tuttavia, di un potere spesso solo teorico, poiché soltanto chi possiede conoscenza e memoria storica trasmessa ha reale coscienza della politica sindacale. È un bisogno condiviso quello di porre fine al ruolo di prestatori d'opera ad alta specializzazione e basso costo, così come all'inseguimento del "maestro di chirurgia" con le sue intemperanze e alle attese infinite in ambiti professionali stagnanti.

Oggi la dinamica professionale è guidata da una logica pragmatica: la scelta del percorso lavorativo segue la giusta remunerazione. Tuttavia, per le nuove generazioni, il solo titolo di medico non garantisce più quella gratificazione profonda che caratterizzava il passato, specialmente nell'ambito della medicina generale. Questo accade perché il prestigio sociale e la solidità economica legati alla categoria hanno subito un drastico ridimensionamento.

I giovani medici di medicina generale adottano modelli di vita distanti dal tradizionale schema casa-famiglia-lavoro: sono professionisti informati, esperti di normative fi-

scali e non più disposti a subire attese improduttive. In questo contesto, risuona il monito di un dirigente sindacale: i giovani devono ricordare che questa professione non può essere gestita con la fredda logica di un'impresa. La medicina generale somiglia più a un pranzo della domenica o a una cerimonia intima - dove prevalgono il calore delle relazioni e la cura del dettaglio - piuttosto che a un asettico e formale ricevimento di gala."

L'eredità della pandemia

La pandemia ha spinto il legislatore a cancellare il semestre *post lauream*, accelerando l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro. Questo periodo ha portato guadagni elevati a medici non ancora formati, cifre spesso difficili da raggiungere persino per ospedalieri e medici di famiglia a causa della pressione fiscale. Al tempo stesso, l'emergenza sanitaria ha fatto riscoprire il diritto a una vita sana e a un equilibrio tra lavoro e vita privata.

I medici attivi durante l'emergenza hanno visto sottrarsi un pezzo importante di vita: un'allerta costante e nociva cui neanche un militare è addestrato. Il sentimento prevalente è quello di essere stati "calpestati". La categoria oggi si

dichiara disponibile, ma non più a "disposizione" incondizionata.

Dematerializzazione e lavoro asincrono

Molti colleghi Mmg hanno mantenuto e implementato il lavoro asincrono, modalità quasi necessaria durante le fasi critiche della pandemia. Tuttavia, il sottile senso di colpa per non poter visitare in modo tradizionale ha reso i medici reperibili fuori dagli orari di lavoro attraverso vari strumenti digitali. Il risultato è che alcuni pazienti chiedono prestazioni, consulenze e atti burocratici h24, sette giorni su sette.

Più si offre disponibilità digitale, più la domanda cresce. Il sogno di vedere svuotati gli studi si è trasformato in una montagna di *email*, di cui forse solo il 10% ha reale rilevanza clinica. Si rischia il paradosso: rispondere a un paziente via email, fornirgli un contatto telefonico per risolvere brevemente e poi trovarselo comunque senza appuntamento in fila mezz'ora prima dell'apertura dello studio. Il lavoro asincrono diventa così un moltiplicatore d'ansia per i pazienti e di carico per medici e segreterie. Si tratta di un'attività che va contrattualizzata e retribuita, oppure normata e ridotta drasticamente.



Asmf e operatività

Ai giovani va ricordato che la scarsa concorrenza attuale non autorizza a sedersi sugli allori: bisogna lavorare ogni giorno con entusiasmo, altrimenti si rischia di "nascere vecchi". Il vecchio adagio "chi lavora non diventa ricco" vale anche per i medici, specialmente in un momento storico in cui i salari non sono adeguati per nessuno. I medici non sono martiri né missionari: lottano per la loro retribuzione come ogni lavoratore.

Il paziente cerca nel medico disponibilità, attenzione e la volontà di trovare una strada. Il bisogno del paziente non coincide sempre con la ricetta immediata. La lettura di un'ecografia addominale via email non rappresenta una vera accelerazione, ma un rischio di superficialità. È più utile impiegare con ampia delega il personale di studio e assumersi la responsabilità di risolvere i problemi, invece di rifugiarsi dietro dettami regionali.

In questo senso, non si può pensare di non dare piena attuazione alla declaratoria del Ccnl studi professionali che definisce l'Asmf (Assistente dello studio del medico di famiglia) con compiti precisi. È giusto aumentare l'indennità a chi ha una segretaria esclusiva e dedicata. Se la capillarità e la prossimità non sono solo decantate, l'Acn deve incentivare anche il medico singolo: la medicina di gruppo funziona nei quartieri urbani, ma nelle periferie servono modelli di rete e prossimità.

Ruolo unico e crisi dell'Acn

Il ruolo unico è ancora normato in Acn con calcoli pazienti/ore: a 40 pazienti corrisponde 1 ora di lavoro, per cui 1.500 pazienti pesano 37,5 ore settimanali e 1.800 pazienti arrivano a 45 ore. È necessario chiedersi se il "debito" orario di 6 ore in

Asl per il ruolo unico debba essere rivisto profondamente.

Dalla stampa apprendiamo di un Acn 2025-2027 da chiudere celermente. Tuttavia, non riusciamo più a fare i bravi medici senza un balzo in quota capitaria che controbilanci le spese sostenute per produrre reddito. Da troppo tempo l'assenza di un Accordo collettivo nazionale solido e tempestivo pesa sulla medicina generale, rallentando il progresso professionale e indebolendo il potere d'acquisto della categoria. La mancanza di un quadro aggiornato lascia i medici in una condizione di incertezza, con retribuzioni che non tengono il passo con l'evoluzione economica.

Il rischio è quello di una disciplina medica ridotta a burocrazia, dove i professionisti si trasformano in "medici-poliziotti": figure attente al rispetto del cartellino e all'esecuzione di ordini più che alla relazione con il paziente. Una medicina fatta di divieti e di "no" non corrisponde alla vera essenza della professione.

Uno spartiacque decisivo

Ci troviamo di fronte a uno spartiacque che impone di assumersi responsabilità dirette e dare risposte concrete ai pazienti. Da una parte emerge la figura del medico protetto dalla Asl: un professionista tutelato sul piano legale e con-

trattuale, ma strutturalmente limitato nelle scelte terapeutiche e strategiche, poiché inserito in una gerarchia aziendale che decide per lui. È il profilo di un medico fedele all'organizzazione, che opera entro confini prestabiliti e spesso rigidi. Dall'altra parte deve resistere e rinforzarsi l'idea del medico libero, inteso come il professionista che mette in gioco la propria energia e si espone in prima persona, assumendo su di sé il peso delle decisioni cliniche e la fiducia dei propri assistiti. L'utenza oggi più che mai tende a fidarsi di chi assume responsabilità in modo trasparente; la vera produttività di un medico di medicina generale si misura proprio nella capacità di rispondere con efficacia ai bisogni reali del territorio. In conclusione, il medico di medicina generale non può e non deve essere ridotto a una figura funzionale alle sole logiche politiche o burocratiche. Egli deve essere scelto dal paziente e riconosciuto per la sua indipendenza, autorevolezza e competenza, senza compromessi al ribasso sulla propria autonomia professionale. È giunto il tempo di affrontare le scelte rimaste in sospeso: dal coraggio di queste decisioni dipende non solo il futuro della medicina generale, ma la tenuta stessa del rapporto di fiducia che lega la comunità ai suoi professionisti della salute.



La sala d'attesa come spazio di prossimità: qui inizia il percorso di cura nella Medicina generale

L'Ospedale che verrà tra Intelligenza artificiale e Medicina personalizzata

La prof.ssa Flora Peyvandi della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e dell'Università degli Studi di Milano, evidenzia come l'ospedale del futuro, intelligente e integrato, debba trasformare i Big data e l'AI in cure personalizzate.

Un modello che coinvolge anche il territorio, rafforzando il ruolo dei Mmg nella presa in carico precoce e coordinata, dalle malattie rare a quelle comuni

A cura di **Anna Sgritto**

Il panorama sanitario mondiale è in rapida evoluzione, spinto dall'aumento della complessità clinica e dalle crescenti aspettative dei pazienti. In questo contesto, l'evoluzione degli ospedali non è solo desiderabile, ma necessaria. La prof.ssa **Flora Peyvandi**, della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e dell'Università degli Studi di Milano, ha sottolineato l'importanza di questa trasformazione, delineando come le nuove tecnologie stiano rivoluzionando la cura sia delle malattie rare che di quelle comuni.

Le sfide che impongono il cambiamento

Gli ospedali tradizionali affrontano molteplici sfide strutturali. Vi è una carenza di strumentazione diagnostica avanzata necessaria per riconoscere precocemente condizioni rare o complesse, spesso accompagnata da una limitata conoscenza di tali strumenti. La gestione dei dati è problematica: si riscontrano dati frammentati e un significativo gap comunicativo tra competenze specialistiche diverse. A questo si aggiungono la mancata standardizzazione di trattamenti personalizzati e l'incremento notevole del costo dei farmaci e delle tecnologie diagnostiche.

Le sfide sono particolarmente acute nel campo delle malattie rare, caratterizzate da diagnosi difficile e tardiva a causa della bassa prevalenza e dell'ampia eterogeneità fenotipica e genotipica. Queste patologie soffrono di scarsa conoscenza scientifica, mancanza di esperti e assenza di standardizzazione. Inoltre, l'aumentata aspettativa di vita dei pazienti rari porta a complicanze croniche e progressive, comorbidità età-correlate, e naturalmente, l'alto costo dei farmaci.

La visione dell'ospedale del futuro

L'ospedale del futuro, come delineato dalle fonti, è concepito per essere intelligente, integrato e centrato sul paziente. Questo modello si basa sull'adozione di strumentazioni tecnologiche avanzate e, crucialmente, su un'infrastruttura intelligente per una raccolta integrata dei dati in tempo reale, nota come Big Data. L'obiettivo finale è che la Medicina personalizzata diventi lo standard di cura per tutti i pazienti. L'automazione veloce dei processi è fondamentale, così come l'integrazione di tecnologie avanzate, tra cui:

- **Omica avanzata:** Le Facilities di Omica includono il sequenziamento ad alta risoluzione di seconda e terza generazione per identificare alterazioni

genetiche, sia rare che comuni. Tecnologie come il single-cell e lo spatial transcriptomics permettono di caratterizzare l'espressione genica a livello cellulare e spaziale, svelando meccanismi patologici ed eterogeneità. Strumenti specifici citati includono il PromethION Nanopore sequencer e il Nanostring GeoMX® Digital Spatial Profiler.

- **Intelligenza artificiale (AI) e Radiomica:** L'AI sta rivoluzionando la diagnostica (Radiomica) attraverso l'analisi delle immagini mediche (come radiografie, Tac e risonanze). Il Machine Learning supporta l'estrazione automatica di informazioni cliniche, l'interpretazione di referti e cartelle cliniche, e contribuisce a diagnosi più rapide e precise, oltre a predire recidive e complicanze.

- **Robotica:** La chirurgia robot-assistita garantisce precisione e controllo. La robotica trova applicazione anche nel supporto alla riabilitazione e alla cura degli anziani, con la pianificazione chirurgica guidata da AI.

Il potere dell'integrazione: dati statici e dinamici

L'integrazione dei dati (Big data) è la chiave di volta, includendo dati clinici da Ehr (Electronic health record, cartella clinica elettronica), monitoraggio in tempo reale tramite dispositivi



Flora Peyvandi, Fondazione Irccs
Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
e dell'Università degli Studi di Milano

wearable e IoT, imaging digitale e dati omici. Questa integrazione richiede una stretta collaborazione interdisciplinare tra medicina e informatica (AI, Machine learning, Automazione). È essenziale la collaborazione tra team multidisciplinari (medici, bioinformatici, bioingegneri) e partnership con politecnici, università, start-up, biotech e associazioni di pazienti. Per analizzare i Big Data si ricorre all'utilizzo del cloud e a piattaforme congiunte di comunicazione e formazione.

A livello strategico, è centrale l'integrazione tra dati statici (come genomica, multi-omica e imaging) e dati dinamici (come i dati provenienti da wearables e dal monitoraggio remoto). L'interoperabilità tra EHR e database multi-omici è necessaria. Per la condivisione dei dati, si adotta un approccio Federato (Flm). Un'innovazione cruciale è l'implementazione dei Digital Twins, modelli digitali del singolo paziente che consentono simulazioni predittive e l'ottimizzazione personalizzata delle terapie.

Il ruolo della Medicina generale nell'ecosistema digitale

L'integrazione tecnologica dell'ospedale non può prescindere da un raccordo strutturale con il territorio. In questo nuovo paradigma, il medico di medicina generale smette di essere un sem-

plice terminale di invio per diventare il gestore primario dei dati dinamici del paziente. Se l'ospedale analizza i dati "statici" (genomica e imaging ad alta risoluzione), il Mmg è il garante dei dati provenienti dal monitoraggio remoto, dai wearables e dall'IoT, fondamentali per alimentare i **Digital Twins** con informazioni sulla vita reale dell'assistito. Il ruolo del **medico di medicina generale** evolve verso una **"regia clinica digitale"**: grazie all'interoperabilità con il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e le piattaforme ospedaliere, i medici di medicina generale potrebbero intercettare precocemente i biomarcatori o segnali di allarme di malattia. La collaborazione multidisciplinare tra specialisti ospedalieri e Mmg, supportata dalle nuove tecnologie, permetterà di superare la frammentazione informativa e di garantire che la cura personalizzata non resti confinata nelle mura del Policlinico o dei grandi ospedali specialistici, ma si incanali in sistemi territoriali che seguono il paziente nella sua quotidianità.

Questioni di sicurezza

Nonostante il potenziale, l'avanzamento tecnologico solleva questioni di sicurezza, etica e privacy. È fondamentale la protezione dei dati sensibili, garantendo la conformità al Gdpr e ai principi etici, anche tramite l'uso della blockchain e dei consensi dinamici per l'utilizzo dell'IA. È inoltre necessaria la formazione continua su nuove procedure e tecnologie.

Applicazioni tecnologiche nella cura: malattie rare e comuni

Le nuove tecnologie stanno offrendo soluzioni concrete per affrontare le patologie. Nelle malattie rare, per esempio, l'AI e la telemedicina sono impiegate per la valutazione della salute articolare nell'emofilia, come dimostrato dal progetto Gaja (Guided self-Acquisition of Joint ultrAsound images). Nella

microangiopatia trombotica (Ttp), la **radiomica** supporta l'identificazione di marker di disfunzione del microcircolo cerebrale, mentre l'**analisi del genoma** (esoma e pannelli mirati) identifica marker genetici associati alla diagnosi e alla gravità, permettendo prognosi e trattamenti personalizzati.

Per le malattie comuni (cardiovascolari, neurodegenerative, infiammatorie e oncologiche), l'ipotesi è che esse condividano meccanismi patogenetici comuni, e che la disfunzione del microcircolo possa causare un disordine multisistemico con coinvolgimento di vari organi (cuore, cervello, reni, fegato, etc). Patologie clinicamente distinte potrebbero dunque rappresentare manifestazioni organo-specifiche di un medesimo processo biologico.

Lo studio del microcircolo è supportato da diagnostica strumentale avanzata, come l'imaging neurologico e cardiovascolare, l'Oct-a e la capillaroscopia. Strumenti di emostasi avanzata, come il Total thrombus-formation analysis system (T-tas), utilizzano camere di flusso microfluidiche per valutare in tempo reale la formazione di trombi su sangue intero.

L'AI, in particolare i Large language models (LLM) di OpenAi, è stata utilizzata per la meta-analisi della letteratura scientifica (PubMed), identificando un set di geni e le principali categorie di pathways biologici associati alla disfunzione del microcircolo nelle malattie neurologiche e cardiovascolari. L'obiettivo finale è validare questi biomarcatori fenotipici e omici nelle coorti selezionate.

Sguardo al futuro

Il futuro dell'assistenza sanitaria è riassunto nel motto "From Data to Cure". La missione è trasformare i Big Data e l'Intelligenza Artificiale in soluzioni terapeutiche personalizzate che siano al contempo accessibili a tutti. L'ospedale del futuro, intelligente e integrato, rappresenta il veicolo fondamentale per raggiungere questo obiettivo.

Vaccinazioni e rifiuti sanitari

Le responsabilità delle Asl

La normativa vigente e la giurisprudenza della Cassazione stabiliscono che lo smaltimento dei rifiuti prodotti durante le campagne vaccinali aziendali spetta alle aziende sanitarie e non al medico di famiglia

Avv. **Simona Pelliccia** - Foro di Santa Maria Capua Vetere (CE)

Le campagne antinfluenzali e la crescente integrazione della Medicina generale nell'organizzazione territoriale del Ssn portano all'attenzione un tema spesso controverso: chi deve smaltire i rifiuti sanitari prodotti negli studi dei Mmg durante le vaccinazioni aziendali?

La risposta arriva dalla normativa ambientale e sanitaria e da una lunga serie di pronunce della Cassazione: *"La responsabilità è delle Asl, non del singolo medico"*.

Cosa dice la legge. Ai sensi del D.Lgs. 152/2006, è compito delle Asl provvedere allo smaltimento dei rifiuti sanitari derivanti dalle campagne vaccinali antinfluenzali organizzate dalle stesse aziende, quando i vaccini sono di proprietà dell'ente e la somministrazione è delegata ai Mmg tramite accordi collettivi.

- La responsabilità della corretta gestione spetta al direttore amministrativo e al direttore generale, come sancito dalla Cassazione penale (Sezione III) nelle sentenze n. 26481/2007, n. 22755/2010, n. 38792/2018 e n. 5073/2022.
- Gli accordi con i Mmg, pur remunerando la prestazione vaccinale in studi qualificati come *presidi pubblici aziendali del Ssr*, **non delegano ai medici lo smaltimento dei rifiuti aziendali**, attività

che un ente pubblico può affidare soltanto tramite appalto e ad imprese autorizzate (Cass. Pen., Sez. III, n. 15941/2020).

Ambulatori decentrati L'art. 4 del Dpr 254/2003 stabilisce che: - i rifiuti prodotti negli ambulatori decentrati si considerano generati presso la struttura sanitaria di riferimento; - l'attività svolta dal personale sanitario fuori sede è considerata come svolta nella struttura stessa.

La norma è coerente con l'art. 266, comma 4, del D.Lgs. 152/2006. Lo stesso Dpr 254/2003 (art. 15) prevede che i rifiuti speciali prodotti fuori dalle strutture, ma analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, vadano gestiti come rifiuti sanitari pericolosi.

Una disomogeneità applicativa. Il D.Lgs. 152/2006 affida alle Regioni l'attuazione delle norme sui rifiuti. - Il Piemonte, con Dgr 31-2795/2001, ha già previsto la gestione diretta da parte delle aziende sanitarie dei rifiuti prodotti dagli studi dei Mmg integrati nell'organizzazione aziendale. - Molte altre Regioni non hanno adottato misure analoghe, generando incertezza.

Così, mentre le aziende sanitarie smaltiscono senza problemi i rifiuti dei medici di continuità assistenziale, non sempre avviene lo stesso per i Mmg a ciclo di scelta, pur

operando con lo stesso Acn 2024 e negli stessi presidi del Ssn (Cass. Pen., Sez. III, n. 38702/2018).

Il ruolo dei Mmg nell'organizzazione aziendale. I Mmg operano con incarico parasubordinato e sono soggetti a: - direttive aziendali (es. campagne vaccinali); - potere disciplinare; - responsabilità civile a carico dell'azienda (legge 24/2017, Corte Cost. 157/2019).

La circolare Ronchi (1999) distingue tra: - **ambulatorio medico** come struttura aziendale → obblighi sui rifiuti; - **studio medico** come attività intellettuale → non produttivo di rifiuti sanitari.

La nota del Ministero dell'Ambiente (prot. 7707/2013) ribadisce che, quando presenti, i rifiuti sanitari devono essere gestiti separatamente dagli altri rifiuti.

Serve una disciplina uniforme. Con la piena integrazione della Medicina generale nell'organizzazione territoriale del Ssn (Dm 77/2022, Acn 2024), è necessaria una regolamentazione omogenea nazionale sulla gestione dei rifiuti prodotti negli studi dei Mmg.

Responsabilità penale delle Asl. In caso di omesso smaltimento dei rifiuti sanitari aziendali, la responsabilità penale ricade sulla dirigenza dell'Asl, considerata "produttore" dei rifiuti (Cass., Sez. Pen. III, n. 26481/2007).



Alla ricerca di un senso: quando la medicina incontra la spiritualità

Di fronte alla malattia, e all'incertezza e paura che spesso questa richiama, tante persone sono riportate alla necessità di dare un significato, alla vita, alla morte, alla sofferenza. Nel riconoscere e rispettare questo movimento, che spesso risuona anche in lui, il medico non solo può rinforzare la relazione di cura, ma farlo diventare esso stesso cura, anche quando la scienza sembra ormai tacere

A cura di **Livia Tonti** - Giornalista e Life coach

Con il progresso delle conoscenze medico-scientifiche l'umanità ha compiuto enormi progressi, dando talvolta l'illusione di poter controllare (quasi) tutto. Salvo poi, all'affacciarsi di una malattia impegnativa, trovarsi fragili, incerti, spaventati. Protocolli, terapie, diagnosi sono strumenti preziosi e necessari, ma incapaci di contenere l'intero paesaggio delle emozioni umane di fronte all'ignoto. Nel cammino di chi soffre spesso sorgono mille domande, ma una in particolare emerge sovente, violenta e disperata: "Perché proprio a me?".

È nel percorso di ricerca di un responso, nello spazio vuoto che si apre tra la domanda e l'assenza di una risposta, che si può trovare la strada della spiritualità.

Non si tratta necessariamente di religione, ma di una ricerca di orientamento in territori che sembrano non appartenere alla materia, e che eppure dalla materialità del corpo sono richiamati; una ricerca di senso di fronte all'incertezza, all'imprevedibilità, alla paura.

Non si tratta di essere credenti

Il termine spiritualità ha radici antiche: deriva dal latino *spiritus*, che

significa soffio, respiro, aria che muove, e per estensione vita, anima, forza interiore. *Spiritus* a sua volta viene dal verbo spirare, cioè soffiare, respirare.

Nell'antichità il respiro era considerato ciò che distingue il vivente dal non vivente. Da qui l'idea che lo *spiritus* fosse ciò che anima, che dà movimento e profondità all'essere umano, ma col tempo, "spiritualità" ha iniziato a indicare tutto ciò che riguarda la dimensione interiore, la ricerca di senso, la connessione con ciò che trascende l'immediato, non necessariamente legata a una religione.

In altre parole, la parola nasce dal corpo - dal respiro - e arriva all'anima come metafora di ciò che ci tiene vivi dentro.

Si può quindi essere spirituali anche senza avere alcuna religione di riferimento, ma nella tensione a capire cosa ci muove, cosa ci sostiene, cosa dà profondità alla nostra vita oltre ciò che si vede.

"La spiritualità riguarda pertanto la nostra legittima aspirazione a conoscere una verità sul significato della vita che vada anche oltre le apparenze. Tutto questo ci porta ad approfondire e costruire convinzioni, valori e stili di vita" (Pulciani, Nutile, 2019).

In questo contesto sono diversi gli studi e le riflessioni di medici, sociologi, filosofi, psicologi, antropologi, teologi e sacerdoti, che raccomandano un'attenzione anche di carattere spirituale nella pratica medica, specialmente in presenza di malattie gravi e diagnosi infauste. Un esempio tra tutti è quello di Christina Puchalski, primo medico a proporre, nel 1992, dei corsi opzionali sul rapporto tra medicina e spiritualità nella facoltà di medicina della George Washington University. Corsi che furono successivamente introdotti anche in altre facoltà mediche statunitensi. Nei primi anni 2000 Puchalski fondò l'Istituto Gwish (George Washington Institute for Spirituality and Health), che ha avuto un ruolo fondamentale nel fornire ai medici strumenti atti a realizzare una pratica dedicata "non solo alla cura del corpo dei pazienti, ma anche alla cura dei loro bisogni più profondi, scaturiti dallo sconforto, ed anche dalla rabbia, che ogni malattia, specialmente quando è grave, porta nella vita di ogni persona coinvolta".

Sono gli studiosi del GWish a fornire la seguente definizione di spiritualità: "La Spiritualità è un aspetto dinamico e intrinseco dell'umanità attraverso il quale le persone cercano il



significato ultimo, lo scopo, la trascendenza e l'esperienza relazionale con il sé, la famiglia, gli altri, la comunità, la società, la natura, i valori più profondi o 'il sacro'. La Spiritualità si può esprimere attraverso credenze, valori, tradizioni e pratiche".

Spiritualità e salute

Nei secoli la cura delle persone malate, almeno in occidente, ha sempre più abbandonato gli aspetti soprannaturali e religiosi, in precedenza predominanti, spostandosi progressivamente verso un approccio scientifico-cognitivo, al punto che attualmente l'evoluzione della tecnologia e il progresso scientifico sembrano avere "meccanizzato" del tutto la medicina, riducendo drammaticamente lo spazio per considerazioni e interventi che vadano al di là dei problemi di "funzionamento" del corpo.

"Eppure, secondo Lassi e Mugnaini (Spiritualità e qualità di vita, 2019)" l'evidenza empirica rivela un rapporto ampiamente positivo tra religiosità/spiritualità e diversi indici di salute [...]. Nel bilancio della sofferenza e del disagio, più o

meno secondari a condizioni precarie di salute fisica e psichica, spesso il coping religioso offre senso, speranza, emozioni e sentimenti positivi, benessere".

Gli studi clinici controllati e randomizzati non sono particolarmente adatti per valutare il contributo della spiritualità nella cura. La dimensione spirituale attiene fortemente alla relazione unica e variabile tra paziente e guaritore, o paziente e divinità. È complicato realizzare una standardizzazione ed è molto verosimile che diversi terapeuti raggiungano risultati differenti con pazienti diversi. Inoltre, va considerato che per coloro che attingono a una dimensione spirituale, il miglioramento dello stato di salute potrebbe essere soggettivo: "infatti la salute fisica può essere di secondaria importanza per la felicità o la pace interiore, e la terapia può essere vista semplicemente come una parte del viaggio spirituale del paziente (Yawar A, 2001).

Gli studi a disposizione sono stati analizzati nel loro insieme dal Prof. Koenig (2012 e 2015) e sembrano suggerire una correlazione generalmente positiva fra un'attenzione alla

spiritualità e lo stato di salute, registrando per esempio: minore depressione, recupero più veloce da episodi depressivi, minor tasso di suicidio, minor uso, abuso e dipendenza da alcol, minor uso, abuso e dipendenza da droghe, minor tasso di malattie coronariche e ipertensione, funzionamento migliore del sistema immunitario, funzionamento migliore del sistema endocrino, tasso minore di tumori, prognosi migliore in casi di tumore, longevità, maggiore benessere e felicità, senso della vita, speranza, ottimismo, perdono (Moreira-Almeida et al, 2006; Koenig 2012 e 2015) (tabella 1).

Spiritualità e ascolto

Va considerato che nella maggior parte dei casi i medici non sono né formati né hanno il tempo di accedere ai bisogni spirituali delle persone che chiedono loro aiuto, ma è comunque fondamentale, nel caso emergesse il tema, considerare la dimensione spirituale in modo laico e rispettoso, "come la vive il paziente". Per questo è indispensabile un ascolto reale della persona che si ha davanti, per potere cogliere il movimento e poterlo accogliere, cercando il più possibile di gestire le differenze fra i propri valori e quelli del paziente (Pulciani et al, 2019; APA, 2007).

"È importante che il medico non giudichi. Non importa quanto sorprendenti possano essere i bisogni spirituali di qualcuno, dovrebbero essere rispettati sia per le loro intenzioni sia per il fatto che siano portati da un altro essere umano" (Yawar A, 2001).

Molti pazienti sentono un rafforzamento dell'alleanza terapeutica se vedono rispettata la loro dimensione religiosa/spirituale, il che spesso si traduce in migliori esiti di salute (S. Lassi - D. Mugnaini, 2019). Com'è ormai riconosciuto, nel pro-

TABELLA 1

Possibile impatto di religione/spiritualità sullo stato di salute

- Minore depressione e recupero più veloce da episodi depressivi
- Minor tasso di suicidio
- Minor uso, abuso e dipendenza da alcol
- Minor uso, abuso e dipendenza da droghe
- Minore tasso di malattie coronariche e ipertensione
- Miglior funzionamento del sistema immunitario
- Miglior funzionamento del sistema endocrino
- Minore tasso di tumori
- Migliore prognosi in casi di tumore
- Longevità
- Maggiore benessere e felicità, senso della vita, speranza, ottimismo, perdono

Moreira-Almeida et al. 2006; Koenig 2012 e 2015



cesso di guarigione un ruolo importantissimo è svolto dalla fiducia che il paziente sente nei metodi e nelle credenze del medico. È quindi probabile che la comprensione e la considerazione da parte del medico della spiritualità di un paziente potenzi questo fenomeno; in effetti, tali relazioni possono spiegare la sopravvivenza della pratica medica nei secoli passati, quando pochi rimedi erano più efficaci dell'effetto placebo legato alla relazione col medico. Non solo: Pulciani e Nutile sottolineano che "una serie di studi mette in risalto come interventi e supporto di tipo spirituale possano essere d'aiuto anche a medici e a operatori sanitari per fronteggiare lo stress derivante dal continuo contatto con la sofferenza".

"Interventi e supporto di tipo spirituale possano essere d'aiuto anche a medici e a operatori sanitari per fronteggiare lo stress derivante dal continuo contatto con la sofferenza" (Pulciani, Nutile, 2019)

L'accesso alla dimensione spirituale da parte del medico può nascere dall'osservazione onesta del proprio sentire nei confronti della sofferenza altrui, con cui entra in risonanza: nell'altro riconosciamo la nostra stessa possibilità, se non echi di una nostra esperienza vissuta. Il medico, noi tutti, non siamo esenti dalla sofferenza, dalla vulnerabilità, e in questo ci riconosciamo in tutti gli esseri umani, con le insicurezze, le paure, il bisogno di cercare un senso al nostro cammino. In questo ci possiamo rispecchiare, rispettando la dignità del percorso di ricerca di ognuno.

Conclusioni

"Le risorse e le tecnologie scientifiche forniscono strumenti per curare il corpo dell'uomo, ma il per-

corso terapeutico è costituito soprattutto da relazioni tra persone: tra il medico e gli altri operatori sanitari, tra il medico e il paziente ma anche tra il malato e le persone a lui care, e tra queste ultime e i curanti" (Pulciani, Nutile 2019). Una solida relazione, che attinge anche dai cammini di ricerca interiore e di senso che accomuna da sempre l'umanità, è fondamentale ancora di più quando le diagnosi non propongono terapie possibili e risolutive o quando non c'è nemmeno una diagnosi. E perché sia valida non può basarsi solo sulle informazioni di tipo medico, ma passare attraverso l'ascolto attento e senza pregiudizi dei bisogni emotivi ed esistenziali della persona coinvolta.

In un momento storico in cui scienza e tecnologia hanno un ruolo così preponderante nei percorsi di cura, un approccio che tenga in considerazione anche le domande che attingono alla spiritualità potranno non solo migliorare la cura, ma anche essere di supporto e integrare, arricchendola, l'attuale medicina.

"Cosa c'è che non va nei medici? Perché non capiscono l'importanza della pura e semplice presenza?" mi chiese. "Perché non si rendono conto che è proprio nel momento in cui non hanno più niente da offrire che sono maggiormente necessari?" (Il senso della vita - Irvin D. Shalom. Neri Pozza ed)

"Ce ne stavamo lì, medico e paziente, in un rapporto che a volte aveva un'aria accademica e altre volte, come adesso, non era niente di più e niente di meno di due persone che si stringono insieme mentre una di loro affronta l'abisso. Anche i medici, evidentemente, hanno bisogno di sperare." (Quando il respiro si fa aria" - Paul Kalanithi).



BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. Resolution on Religious, Religion-Based and/or Religion-Derived Prejudice, adopted by APA Council of Representatives. 2007. <https://www.apa.org/about/policy/religious-discrimination.pdf>.
- Koenig, HG, et al. Handbook of religion and health. Second edition. New York: Oxford University Press. 2012.
- Koenig, HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. Adv Mind-body Med 2015; 29: 19-26.
- Moreira-Almeida A, et al. Religiousness and mental health: a review. Braz J Psychiatry 2006; 28: 242-50.
- Pulciani S, Nutile E. Relazioni tra Medicina e Spiritualità. G It Nefrol 2019;
- Yawar A. Spirituality in medicine: what is to be done? J R Soc Med 2001; 94: 529-33.

Rivoluzione a tavola negli Usa

Il piano Kennedy divide gli esperti

Le nuove linee guida alimentari statunitensi introdotte dall'amministrazione Trump promuovono un aumento del consumo di proteine e latticini interi, contrastando gli alimenti ultra-processati e gli zuccheri aggiunti. Una piramide alimentare rovesciata simboleggia questa rottura col passato

Nicola Miglino

Non è solo un aggiornamento nutrizionale, ma un vero e proprio atto politico che punta a scardinare decenni di abitudini alimentari. L'amministrazione guidata da Donald Trump, attraverso il Segretario alla Salute **Robert F. Kennedy Jr.**, ha presentato di recente le nuove **Dietary guidelines for americans 2025-2030**. Lo slogan è tranchant: "**Mangia cibo vero**". L'obiettivo dichiarato è "rendere l'America di nuovo sana", rispondendo a un'emergenza che vede il **70% degli adulti in sovrappeso o obesi** e il 90% della spesa sanitaria divorato dalle malattie croniche.

Tuttavia, il documento ha scatenato un acceso dibattito globale. Se da un lato si plaude alla guerra totale contro i cibi ultra-processati, dall'altro l'enfasi su proteine e grassi animali ha sollevato dubbi feroci tra epidemiologi e società scientifiche.

I pilastri della "piramide rovesciata"

Il nuovo impianto sposta il baricentro della dieta verso le **proteine**, raccomandate ora in ogni singolo pasto. Le linee guida suggeriscono un apporto quotidiano compreso tra **1,2 e 1,6 grammi di proteine per chilogrammo di peso corporeo**.

Le fonti suggerite spaziano dalle uova al pollame, dai frutti di mare alla carne rossa, includendo però anche legumi e soia.

Un altro punto di rottura riguarda i **latticini**: cade la preferenza per i prodotti scremati a favore di **tre porzioni al giorno di latticini interi** (full-fat). Anche sui grassi la linea cambia: si incoraggia l'uso di olio d'oliva, ma viene riabilitato l'uso di **burro e sego di bue** (beef tallow) per la cottura.

Parallelamente, le linee guida dichiarano guerra agli **zuccheri aggiunti** (massimo 10 grammi per pasto) e ai **cibi ultra-processati**, chiedendo di eliminare snack confezionati, bevande zuccherate e prodotti contenenti coloranti a base di petrolio o aromi artificiali. Sull'**alcol**, la posizione si fa più sfumata: spariscono i limiti numerici precisi (precedentemente uno o due drink al giorno), sostituiti da un generico invito a bere "meno per una salute migliore".

Il documento segna una rottura drastica con il passato anche nel metodo. Kennedy ha infatti accantonato il lavoro del comitato di esperti nominato dall'amministrazione Biden per affidarsi a un nuovo gruppo selezionato direttamente e attivo a porte chiuse. Un elemento che solleva ombre è il po-

tenziale **conflitto di interessi**: cinque dei dieci esperti scientifici coinvolti hanno dichiarato legami finanziari con le industrie della carne, dei latticini o con aziende di integratori e farmaci.

Il coro diviso delle società scientifiche americane

Negli Stati Uniti, le reazioni sono state di tono diverso. L'**American medical association** ha accolto con favore la guida, nonostante i precedenti scontri con Kennedy sulle vaccinazioni. Il presidente Bobby Mukkamala ha lodato la lotta contro i cibi ultra-processati e gli zuccheri che alimentano malattie croniche, affermando che "le linee guida confermano che il **cibo è medicina**". Dal canto suo, l'**American heart association**, pur apprezzando l'enfasi su vegetali e cereali integrali, ha espresso forte preoccupazione per il via libera alla **carne rossa** e all'uso libero del sale come condimento. Il timore è che i consumatori finiscano per eccedere in grassi saturi e sodio, i principali motori delle malattie cardiovascolari.

Perplessità da parte dell'**American society for nutrition** sulla **metodologia della revisione**: in un proprio documento di commen-

to, si evidenzia come sia imprevedibile che queste vengano elaborate da una **commissione di esperti indipendenti**, con procedure di revisione scientifica standardizzate, pratica non seguita per questa nuova edizione.

Il commento in Italia

Autorevoli esperti italiani hanno espresso forti riserve. **Sivio Buscemi**, presidente della Società italiana dell'obesità: "La piramide della dieta mediterranea è per noi lo stile nutrizionale di riferimento e non può essere diversamente, in quanto è l'unico stile nutrizionale che ha a suo vantaggio la dimostrazione di benefici in termini di **prevenzione primaria e secondaria** delle malattie cardiovascolari. Una piramide che negli anni si è evoluta, aggiungendo aspetti relativi allo stile di vita in senso più estensivo, come l'attività fisica e la socialità. Gli americani hanno capovolto questa piramide. Non possiamo considerare alla stessa stregua le proteine di origine animale e quelle di origine vegetale, così come non è equivalente un loro utilizzo per raggiungere la soglia massima del 10% di grassi saturi. Per noi, il cardine del condimento è l'**olio d'oliva**, mentre loro suggeriscono anche grassi da carni animali. I **cereali** sono messi in fondo, verso la punta, eppure sono l'elemento che ci ha consentito di raggiungere le aspettative di vita e la longevità odierna. Io credo, onestamente, che questa piramide sia una **cosa buona per gli americani**, perché se quel popolo mangiasse come viene proposto avrebbe già un miglioramento in termini di alimentazione e di salute, considerate le loro abitudini. I proclami di ritornare ai cibi naturali, evitare i cibi ultraprocesati, evitare le bevande zuccherate, non possono che trovarci d'accordo, tanto che

sono concetti già presenti nella piramide mediterranea. Piuttosto, mi sorprende l'indicazione generica a consumare meno alcol possibile".

Dal canto suo la **Società italiana di nutrizione umana (Sinu)** rileva numerose incongruenze rispetto alle evidenze scientifiche condivise a livello internazionale.

Il punto di rottura principale riguarda l'**inversione della piramide alimentare**, giustificata dagli Usa con il fallimento delle versioni precedenti nel contrastare l'obesità e il prediabete giovanile. Tuttavia, la Sinu osserva che tale insuccesso non è imputabile alle vecchie linee guida, ma al fatto che solo il 10% della popolazione le ha effettivamente adottate. "La nuova impostazione propone un **aumento sostanziale della quota proteica**, raccomandando 1,2-1,6 g/kg di peso corporeo al giorno, un incremento del 50-100% rispetto ai minimi precedenti", sottolinea Sinu in una nota. Tale scelta appare critica poiché **non distingue tra le diverse fonti proteiche**, ignorando che le proteine vegetali e il pesce sono associati a risultati di salute migliori rispetto alla carne rossa. Inoltre, questi nuovi parametri derivano esclusivamente da studi sulla perdita di peso, senza valutare adeguatamente gli impatti cardiovascolari.

Un altro aspetto allarmante è la **liberalizzazione dei grassi di origine animale** (carne, burro, latte intero), definiti impropriamente "grassi salutari". Questa scelta contrasta con le raccomandazioni dell'Oms che limitano i grassi saturi al 10% dell'energia totale per la prevenzione cardiovascolare; un limite che, secondo la Sinu, risulta impossibile da rispettare seguendo le nuove indicazioni americane.

Non mancano **critiche alla rappresentazione grafica**, ritenuta confusa: i legumi sono sottorappresentati e i cereali integrali sono relegati alla punta della piramide, nonostante se ne raccomandi il consumo quotidiano. Nonostante ciò, la Sinu riconosce alcuni **aspetti positivi**, come l'invito a consumare cibi "poco trasformati", la limitazione degli alimenti ultra-processati (che negli Usa forniscono il 60% delle calorie) e l'incoraggiamento a leggere le etichette e cucinare a casa.

Infine, altro motivo di preoccupazione è che le nuove LG non tengono conto dell'impatto ambientale e socioeconomico delle raccomandazioni alimentari.

Laura Rossi, nutrizionista dell'Istituto superiore di sanità (Iss), invita a una lettura contestualizzata: "Negli Usa i tassi di obesità sono altissimi, quindi è comprensibile la spinta su

ELEMENTI CHIAVE PER LE FASCE PROTETTE

Le nuove linee guida nutrizionali *made in Usa* dedicano spazio anche a popolazioni specifiche. Queste le indicazioni:

- **infanzia:** allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi, introduzione degli allergeni (arachidi, uova) già a 4-6 mesi per prevenire allergie, e **divieto assoluto di zuccheri** fino a 4 anni (con alcune fonti che suggeriscono una stretta fino ai 10 anni);
- **gravidanza:** enfasi su nutrienti critici come ferro, folati e iodio, con l'invito a consumare uova (colina) e pesce a basso contenuto di mercurio;
- **vegetariani e vegani:** il documento avverte del rischio di carenze nutrizionali (B12, ferro, calcio) e invita a monitorare costantemente lo stato di salute, diversificando le fonti proteiche vegetali.

proteine e riduzione dei carboidrati". Rossi nota che la quota proteica suggerita (fino al 25% dell'energia totale) rappresenta il **limite massimo considerato sicuro** dalla scienza. Tuttavia, critica l'enfasi sulle proteine animali rispetto a quelle vegetali e segnala una "discrepanza tra immagine e sostanza": sebbene si parli di piramide rovesciata, il testo continua a porre frutta e verdura alla base della dieta.

L'epidemiologo **Franco Berrino**, già direttore del dipartimento di medicina preventiva dell'Istituto tumori di Milano, non usa mezzi termini per descrivere le contraddizioni del documento. "È una piramide che dice una cosa e ne disegna un'altra", afferma, sottolineando come cereali integrali e verdure siano graficamente relegati in posizioni che suggeriscono un consumo limitato, nonostante il testo ne raccomandi la frequenza.

Il punto più critico per Berrino è l'eccesso proteico. "Parlano di 1,2-1,6 grammi di proteine per chilo. È enorme. Di fatto è il doppio del fabbisogno". Citando lo studio **Epic**, Berrino avverte che un eccesso di proteine (oltre il 16% delle calorie totali) è direttamente correlato all'**aumento di peso**. Sulla riabilitazione dei latticini interi tre volte al giorno, l'esperto italiano si dichiara perplesso: "Mi chiedo su quali dati si basino", richiamando la posizione di **Walter Willett** (Harvard), massima autorità americana, secondo cui una porzione al giorno è più che sufficiente".

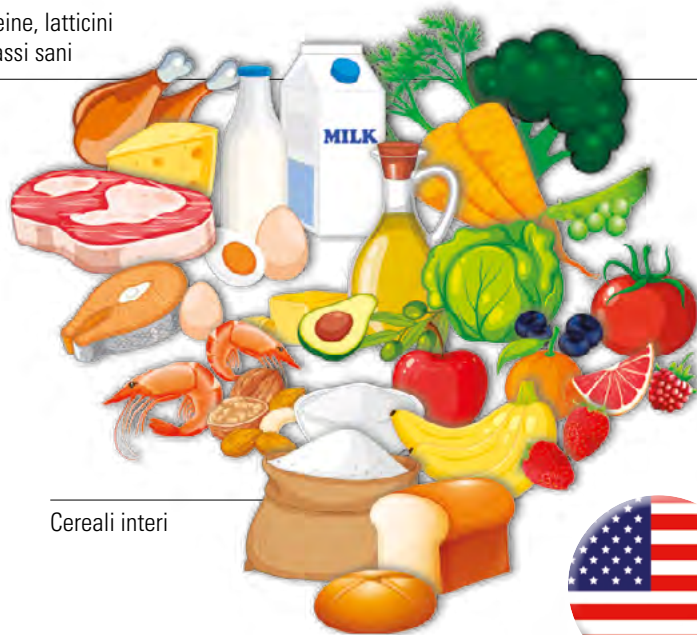
In sostanza, e a detta di molti, le nuove linee guida americane sembrano rappresentare un esperimento sociale e sanitario su vasta scala. Se l'attacco ai cibi industriali è visto quasi unanimemente come un progresso, il ritorno a un modello iper-proteico e ricco di grassi saturi continuerà a dividere la comunità scientifica internazionale.

PIRAMIDI A CONFRONTO

In alto, la nuova piramide alimentare proposta dalle recenti linee guida statunitensi. In basso, la nuova rappresentazione grafica della Dieta mediterranea tradizionale, presentata dalla Società italiana di nutrizione umana lo scorso maggio in occasione del proprio congresso nazionale svoltosi a Salerno e pubblicata su *Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases*.

Proteine, latticini
e grassi sani

Verdura
e frutta



Cereali interi



Meno è meglio

Consumo
occasionale



Discrezionale
(con moderazione)

Consumo
settimanale



Consumo
giornaliero



Idratazione Biodiversità Sostenibilità ↓ Spreco Convivialità Esercizio Controllo del peso

Glomerulonefriti: ruolo del Mmg nel percorso diagnostico

La rarità e la paucità dei segni e sintomi con cui le glomerulonefriti si manifestano nelle fasi iniziali ne rendono difficile la diagnosi precoce. Per tale ragione è fondamentale una alleanza tra Mmg, per il sospetto clinico, e specialista nefrologo, per la conferma diagnostica e per la presa in carico precoce, particolarmente preziosa soprattutto in questo momento florido di innovazioni terapeutiche

Carmelita Marcantoni

Segretario Società italiana di nefrologia (Sin).

Responsabile Uosd di Nefrologia e dialisi, Ospedale San Marco. Aou Policlinico "G.Rodolico-San Marco", Catania

Le *glomerulonefriti* sono patologie renali di natura infiammatoria che colpiscono i glomeruli, le unità funzionali vascolari dei nefroni deputati alla filtrazione del sangue. L'infiammazione, spesso causata da depositi intraglomerulari di immunocomplessi o da risposte immunitarie anomale su base autoimmune o genetica, danneggia la membrana basale glomerulare che perde la sua funzione di barriera determinando il passaggio di eritrociti e proteine nelle urine e innescando una serie di meccanismi a cascata di natura infiammatoria e ormonali, che coinvolgono le altre strutture funzionali del nefrone e tutto il parenchima renale (tubuli, vasi e interstizio), determinando talora riduzione acuta della filtrazione glomerulare, ipertensione arteriosa, ritenzione idrica (*figura 1*).

Le *glomerulonefriti* sono per definizione *malattie rare*, ed è vero se valutate singolarmente, ma se considerate collettivamente, rendono ragione di un numero particolarmente elevato di pazienti. Se non diagnosticate e trattate tempestivamente, sono responsabili di evoluzione progressiva verso la insuffi-

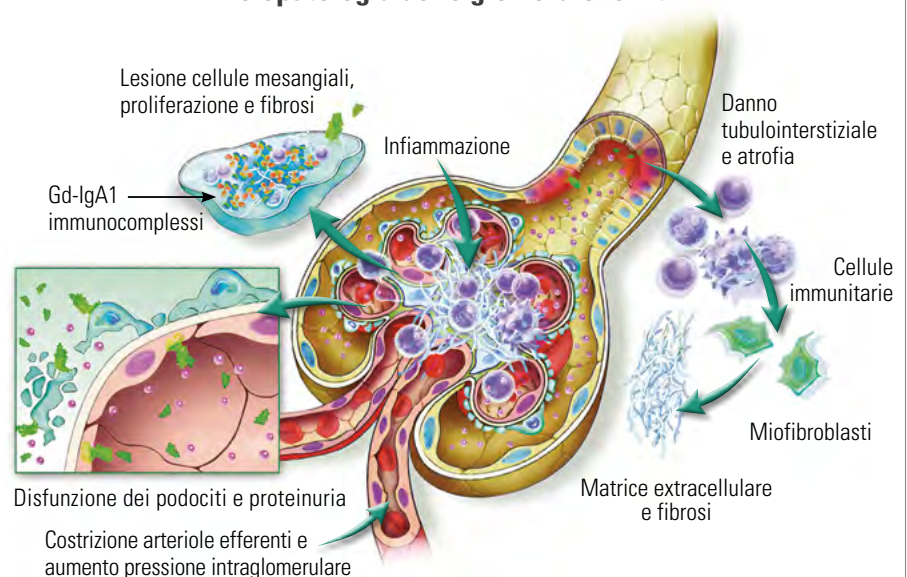
cienza renale cronica. I registri nazionali ed europei di malattia renale cronica in terapia sostitutiva identificano nelle **malattie glomerulari la terza causa di ingresso in dialisi dopo il diabete e l'ipertensione arteriosa**¹.

La rarità e la paucità dei segni e sin-

tomi con cui le *glomerulonefriti* si manifestano nelle fasi iniziali ne rendono difficile la diagnosi precoce. Per tale ragione, è fondamentale e necessaria una **alleanza tra Mmg** che formula il "sospetto clinico" e lo **specialista nefrologo** per la conferma diagnostica con biopsia

FIGURA 1

Fisiopatologia delle glomerulonefriti



Infiammazione glomerulare associata a depositi mesangiali intraglomerulari di immunocomplessi nella glomerulonefrite da IgA

renale e per la presa in carico precoce, particolarmente preziosa soprattutto in questo momento florido di innovazioni terapeutiche.

L'armamentario terapeutico del nefrologo, rappresentato dalla tradizionale terapia steroidea e classica immunosoppressiva, si è infatti recentemente arricchita di trattamenti innovativi che colpiscono in maniera più precisa e selettiva specifici target biologici ritenuti importanti nei meccanismi patogenetici delle malattie glomerulari.

Dal sospetto alla diagnosi

Le *glomerulonefriti* possono essere primitive o secondarie ad altre condizioni patologiche (infezioni, malattie sistemiche come quelle reumatologiche o ematologiche, ecc); possono avere un andamento acuto, subacuto o cronico. Possono manifestarsi con urine schiumose (segno di proteinuria), urine scure o color coca cola (segno di ematuria), edemi agli arti inferiori o alle palpebre e al viso ed incremento ponderale per contrazione della diuresi (segno di ritenzione idrica), riscontro di alterati valori pressori, astenia o altri disturbi sistemici aspecifici. *Quando sintomatiche*, la presenza di anomalie all'esame delle urine (microematuria/macroematuria; e/o proteinuria Upcr ≥ 0.2 mg/mg o 20 mg/mmol) persistenti ad un secondo controllo dopo circa due settimane in assenza di infezione delle vie urinarie, oppure la presenza di alterazioni della creatininemia, rappresentano indicazione precisa ad indirizzare il paziente allo specialista nefrologo per l'approfondimento diagnostico che può includere la biopsia renale (*tabella 1*).

L'**esame istologico** è l'esame diagnostico **gold standard** che permette di confermare la diagnosi e di caratterizzare le lesioni patologi-

che, permettendo di individuare la giusta terapia.

Purtroppo, la maggior parte delle malattie glomerulari come per esempio la Glomerulonefrite da IgA, la forma più frequente di glomerulopatia, rimane *asintomatica* fin dall'esordio o sviluppa un andamento cronico, diventando sintomatica quando il danno renale è diventato irreversibile e la biopsia mostra lesioni di sclerosi glomerulare e fibrosi interstiziale) non più aggredibili dalla terapia.

Quindi, **punto principale del percorso diagnostico** delle glomerulonefriti, come di tutte le malattie rare, è **porre il sospetto di malattia**. È fondamentale imparare a riconoscere segni e sintomi che messi insieme funzionano da campanelli di allarme.

Trattandosi di patologie ad esordio prevalente in età adolescenziale/giovanile, si raccomanda di valutare con attenzione nel giovane adulto la eventuale familiarità per nefropatie o per anomalie urinarie note, la presenza di manifestazioni renali anche sfumate e sistemiche, un attento esame fisico obiettivo e l'esecuzione di pochi ma fondamentali esami nel sangue e nelle urine per identificare anomalie.

In assenza di test di screening urinari di massa, è importante puntare sulla consapevolezza della popolazione generale e sulla formazione dei Mmg.

La Società italiana di nefrologia (Sin) ha intrapreso diverse azioni che hanno come obiettivo la definizione dei percorsi preventivi diagnostico terapeutici assistenziali (il Ppdt della malattia renale cronica approvato dalla conferenza Stato Regioni nell'aprile 2025); la formazione dei medici della medicina generale attraverso un programma nazionale di aggiornamento professionale nel prossimo triennio; l'avvio di un programma di screening

della malattia renale cronica (Mrc) nella popolazione adulta a rischio (55-75 anni, con diabete, ipertensione arteriosa, obesità) negli ambulatori di Mmg, con l'auspicio che la collaborazione virtuosa tra Mmg e nefrologi favorisca l'individuazione di nuovi casi di malattia renale cronica attualmente non diagnosticati, meritevoli di cura e trattamento di prevenzione di progressione verso la dialisi.

Esiste il rischio concreto che alcune fasce di età (adolescenziale e giovane adulto) vengano escluse dai programmi di screening per Mrc. In attesa di programmi di prevenzione più ampi, appare doveroso impegnarsi nella ricerca di percorsi alternativi per individuare pazienti con nefropatia in fase iniziale;

TABELLA 1

Possibili manifestazioni delle glomerulonefriti

- Urine schiumose (segno di proteinuria)
- Urine scure o color coca cola (segno di ematuria)
- Edemi agli arti inferiori o alle palpebre e al viso, incremento ponderale per ritenzione idrica
- Alterati valori pressori
- Astenia
- Altri disturbi sistemici aspecifici

Quando sintomatiche

- la presenza di anomalie all'esame delle urine (microematuria/macroematuria; e/o proteinuria Upcr ≥ 0.2 mg/mg o 20 mg/mmol) persistenti ad un secondo controllo dopo circa due settimane in assenza di infezione delle vie urinarie

oppure

- la presenza di alterazioni della creatininemia

rappresentano indicazione precisa ad indirizzare il paziente allo specialista nefrologo per approfondimento diagnostico

per esempio verificando che l'esame urine standard o meglio l'Acr (rapporto albuminuria/creatininuria) su campione estemporaneo delle urine del mattino sia tra gli esami obbligatori da eseguire in quelle categorie di giovani "sani" nell'ambito della medicina preventiva scolastica, dello sport, del lavoro.

Biopsia renale e scelta dell'approccio terapeutico

Le glomerulonefriti possono manifestarsi con segni e sintomatologia simili (anomalie urinarie, sindrome nefrosica, sindrome nefritica, insufficienza renale rapidamente progressiva, insufficienza renale cronica) ma essere caratterizzate da quadri istologici ed evoluzione differenti. Per queste ragioni la biopsia renale svolge un indispensabile ruolo diagnostico, prognostico e terapeutico. Sebbene associata a possibili rischi di minime complicanze emorragiche, l'agobiopsia renale percutanea è una procedura condotta in modalità ecoguidata, con una tecnica ormai standardizzata, affidabile e sicura, che viene eseguita presso le Unità operative di Nefrologia con expertise.

Con la **biopsia renale** è possibile identificare con certezza il tipo di glomerulonefrite a cui corrispondono meccanismi patogenetici che rappresentano i target delle terapie innovative; di caratterizzare le lesioni istologiche, se acute o croniche, e quindi con carattere di potenziale reversibilità se appropriatamente trattate.

In assenza di una corretta tipizzazione istologica non è possibile trattare in maniera appropriata e mirata il paziente affetto da glomerulonefrite. Al di là degli steroidi e di alcuni classici immunosoppressori che trovano ancora uno spazio nella gestione clinica del paziente affetto da glomerulonefrite, la at-



tuale rivoluzione terapeutica è rappresentata dai numerosi nuovi farmaci che agiscono su target ben precisi del meccanismo patogenetico di queste patologie (iptacopan, pegcetacoplan, atacicept, sibeprenlimab, avacopan, budesonide, eculizumab, ravulizumab, voclosporin, belimumab, ecc). Il maggior numero di nuovi farmaci, presto disponibili in Italia, è stato sviluppato e testato con studi clinici molto incoraggianti nei confronti della glomerulonefrite da IgA (*figura 2*) la forma più frequente di patologia glomerulare ad esordio giovanile, ad andamento generalmente cronico e progressivo verso la fase avanzata con necessità di dialisi in una fascia di età ancora significativamente precoce, inferiore rispetto ai soggetti affetti da altre

glomerulonefriti (età media 52 anni vs 58 anni) o ai soggetti affetti da nefropatia diabetica o nefroangiosclerosi (74 anni)²⁻³.

Inoltre, le novità di trattamento riguardano non solo i farmaci cosiddetti eziopatogenetici. Diversi studi clinici hanno infatti dimostrato anche nelle glomerulonefriti che la terapia di supporto rappresentata tradizionalmente dai Raasi è stata potenziata dagli Sglt2i e dalle molecole anti endotelina A (sparsentan, atrasentan).

In una fase così entusiasmante dal punto di vista dell'innovazione terapeutica, è arrivato il momento di fare alleanza e accelerare sui percorsi di prevenzione e di diagnosi precoce e di combattere l'inerzia terapeutica, nemica del progresso della salute.

BIBLIOGRAFIA

1. ERA Annual report 2023. <https://www.era-online.org/research-education/era-registry/annual-reports/>
2. Abd ElHafeez S, Kramer A, Arici M, et al. Incidence and outcomes of kidney replacement therapy for end stage kidney disease due to primary glomerular disease in Europe. Findings from the EraRegistry. *Nephrol Dial Transplant* 2024; 39: 1449-60.
3. Wong K, Ptcher D, Braddon F et al. RaDaR consortium. Effects of rare kidney diseases on kidney failure: a longitudinal analysis in UK National Registry of Rare Kidney Diseases (RaDaR) cohort. *Lancet* 2024; 403: 1279-89.

Mmg e acromegalia: la chiave per la diagnosi precoce è “fare i collegamenti”

La diagnosi precoce dell'acromegalia è cruciale per evitare complicanze cardiache e tumorali. È qui che interviene il Mmg con l'identificazione di sintomi sistemici (diabete, ipertensione) correlati a deformità lente e progressive. Aumentare la vigilanza e misurare l'Igf-1 può cambiare la storia naturale della malattia e ridurre la mortalità superiore alla norma

Elisabetta Torretta

L'acromegalia è una rara endocrinopatia risultante dall'eccessiva secrezione di ormone della crescita (Gh) da parte di un adenoma ipofisario. Nell'individuo adulto, a seguito della chiusura delle cartilagini di accrescimento, l'eccesso di Gh e del suo mediatore periferico prodotto a livello epatico, l'Insulin-like Growth Factor 1 (Igf-1), non si traduce in un aumento staturale ma determina una progressiva deformazione delle strutture ossee e dei tessuti molli. A illustrare patogenesi, segnali di allarme che il Mmg può intercettare e strategie terapeutiche sono le parole di **Andrea Giustina**, Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e Direttore dell'Unità Operativa di Endocrinologia, Ospedale San Raffaele. Le manifestazioni fenotipiche della sindrome acromegalica sono tipiche: si osserva l'allargamento della piramide nasale, l'ingrossamento delle labbra e della lingua, e un marcato prognatismo che comporta l'aumento degli spazi tra i denti (diastasi dentaria). Si verificano inoltre l'ingrandimento delle mani e dei piedi. Sebbene tali alterazioni estetiche causino **discomfort** al paziente e, in teoria, “parlino direttamente” di una patologia, esse rappresentano una

arma a doppio taglio. La progressione dei sintomi è **subdola** e si verifica “con gli anni”. Questa cronicità comporta un fenomeno di assuefazione, per cui i familiari, il paziente stesso, e anche il Mmg - la figura sanitaria con il contatto più costante - si abituano progressivamente alle modificazioni, ostacolando l'insorgenza del sospetto diagnostico.

Le complicanze sistemiche e l'imperativo prognostico

La necessità di una diagnosi precoce è dettata dalla gravità delle complicanze sistemiche indotte dall'ipersecrezione ormonale. L'acromegalia non deforma solo l'aspetto esteriore, ma anche gli organi interni. Le problematiche più rilevanti includono complicanze cardiache, quali l'ipertrofia del ventricolo sinistro, l'ipertensione e l'insufficienza valvolare. Inoltre, l'eccesso di Gh e Igf-1, essendo fattori di crescita, induce una predisposizione allo sviluppo di tumori. L'identificazione tempestiva è veramente auspicabile per prevenire che i pazienti sviluppino tali complicanze sistemiche. Un adenoma ipofisario di grandi dimensioni può diventare difficilmente asportabile in toto dal neurochirurgo; viceversa una diagnosi precoce permette di intervenire

quando l'adenoma è più piccolo, aumentando significativamente le probabilità di asportazione completa. Se l'acromegalia non viene guarita chirurgicamente, è possibile intervenire con terapie personalizzate volte a riportare i valori di Gh e Igf-1 nella norma. Mantenere normalizzati i valori ormonali è essenziale, poiché altrimenti le complicanze continuano a peggiorare, la qualità di vita si deteriora e il paziente acromegalico presenta un tasso di mortalità superiore a quello della popolazione generale.

Il Mmg come cardine della sorveglianza attiva

Nonostante la rarità della patologia, il Mmg è riconosciuto come il cardine di una possibile diagnosi precoce. Il paziente acromegalico, nella sua storia clinica, non sfugge all'attenzione medica, poiché sviluppa precocemente una serie di problemi internistici. Esempi frequenti includono lo sviluppo di ipertensione, diabete e problematiche osteoarticolari come la sindrome del tunnel carpale. Questi problemi portano il paziente a consultazioni frequenti non solo con specialisti, ma anche con il Mmg, che lo orienta nelle valutazioni. Il compito fondamentale del Mmg è quello di “collegare” manifestazioni



cliniche apparentemente non correlate. In un paziente relativamente giovane che sviluppa complicanze tipiche dell'età avanzata, come l'ipertensione e il diabete, e presenta nel contempo alterazioni esteriori, specie del viso, il Mmg deve porre il sospetto diagnostico. Alterazioni, anche non eclatanti, come l'aumento delle dimensioni delle labbra o della lingua, in associazione a ipertensione e diabete fuori luogo per l'età o per la mancanza di familiarità, devono suggerire la possibilità di acromegalia.

A questo punto, la misurazione dell'Igf-1 è sufficiente per definire la bontà del sospetto diagnostico. Si preferisce l'Igf-1 al Gh poiché il Gh ha una produzione pulsatile e fluttuante (con picchi spontanei che possono confondere i valori tra soggetto normale e paziente acromegalico), mentre l'Igf-1 è un ormone più stabile nel sangue, mantenendosi elevato in presenza di ipersecrezione.

Il contributo essenziale degli specialisti non endocrinologi

Il processo di diagnosi precoce richiede anche il supporto e la vigilanza di un *network* di specialisti che vedono il paziente per le complicanze che la malattia induce. Lo studio a firma di Andrea Giustina e Annamaria Colao pubblicato sul *New England Journal of Medicine* sottolinea che ogni specialista che entra in contatto con un paziente acromegalico può individuare *fattezze che normalmente non si osservano* nelle altera-

zioni tipiche della propria patologia. Questo rende gli specialisti un cruciale filtro diagnostico secondario.

Il **cardiologo**, ad esempio, può riscontrare nel paziente acromegalico insufficienze valvolari. L'evidenza di un'insufficienza valvolare, in particolare l'insufficienza tricuspidale (che è rara in determinate patologie cardiache), associata a una significativa ipertrofia del ventricolo, deve portare il cardiologo a porsi delle domande atipiche per la sua pratica clinica quotidiana.

Lo **specialista osteoarticolare**: anche in ambito reumatologico o ortopedico si manifestano dettagli non comuni. Un paziente può presentare una frattura vertebrale ma, all'esame di densitometria ossea (Moc), riscontrare una densità ossea normale. Questa combinazione (frattura in assenza di osteoporosi densitometrica) è molto tipica dell'acromegalia e pochissimo tipica delle osteoporosi in generale, dove la frattura è usualmente associata a una riduzione della densità.

Il **dentista** e il **chirurgo maxillo-facciale**: le alterazioni a carico della mandibola e della dentizione sono segnali distintivi. La protrusione della mandibola (prognatismo) associata a una significativa diastasi dentale deve suggerire allo specialista odontoiatra o maxillo-facciale l'ipotesi di un sottostante disturbo endocrino. Tutta questa attenzione ai dettagli che normalmente non si associano alle alterazioni viste da questi specialisti deve indurli a sospettare la patologia e a

suggerire l'opportunità di misurare l'Igf-1, agendo come figure complementari alla sorveglianza del Mmg.

Conclusioni: la svolta nella storia naturale

L'acromegalia è una patologia che "ci parla", e la sua intercettazione precoce è un'enorme opportunità per invertire una prognosi altrimenti severa. La sinergia tra il Mmg, quale figura di integrazione e primo sospetto clinico capace di collegare i sintomi sistemici con le modificazioni estetiche, e gli specialisti non endocrinologi, quali filtri secondari che riconoscono anomalie atipiche all'interno delle loro rispettive discipline, è fondamentale.

Il mancato ripristino dei valori ormonali normalizzati (Gh e Igf-1) determina un continuo peggioramento delle complicanze e pone la prognosi e la qualità di vita del paziente a grave rischio. Pertanto, il rafforzamento della consapevolezza clinica in assistenza primaria e specialistica non solo migliora l'estetica del paziente, ma garantisce una svolta nella storia naturale della malattia, abbassando il rischio di mortalità superiore a quello della popolazione generale.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Andrea Giustina

LO STUDIO DEL NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE VALORIZZA IL RUOLO DEL MMG

Il tema del ruolo del Mmg nella diagnosi di acromegalia è stato molto valorizzato dall'articolo scientifico pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (Giustina A, Colao A. Acromegaly. *N Engl J Med* 2025; 393: 1926-1939. doi: 10.1056/NEJMr2409076). La rivista ha visto nell'opportunità di trattare questa patologia rara un momento cruciale per parlare

della malattia a molte figure, incluse figure non endocrinologiche. Questo evidenzia il riconoscimento che il Mmg detiene la chiave per superare il ritardo diagnostico, integrando sintomi sistemici (ipertensione, diabete) e alterazioni estetiche, un collegamento essenziale che spesso viene mancato a causa della lenta progressione della malattia.



Patologia ginecologica nello studio del medico di Medicina generale

L'ecografia, a completamento dell'esame obiettivo, può risultare determinante nel lavoro del medico di famiglia che, in poco tempo e nel proprio ambulatorio, può già porre diagnosi o, quantomeno, può indirizzare rapidamente il paziente verso una corretta gestione diagnostico-terapeutica

Annamaria Chiarello - *Tirocinio prelaurea, Università di Bari*

Francesco Savino - *Mmg Tutor per Medicina e Chirurgia, Università di Bari*

Nel caso presentato, la dotazione di un ecografo Aloka Ssd-1700 Dynaview II presso lo studio Mmg ha dimostrato l'importanza dell'ecografia quale indagine diagnostica a completamento di un'attenta valutazione anamnestica e semeiologica del paziente. In data 11/07/2025 giungeva alla nostra attenzione una giovane donna di anni 20 per una menometrorragia, che non si era più arrestata dall'ultima mestruazione (28/06/2025). La paziente era in apparente buono stato di salute generale; all'anamnesi familiare veniva esclusa la presenza di patologie sistemiche, dismetaboliche e oncologiche, e di fattori di rischio genetico. L'anamnesi ginecologica riportava menarca a 12 anni, cicli irregolari per ritmo, quantità e durata, parità 0/0/0/0 e vaccino per Hpv. Veniva negata l'assunzione di terapie farmacologiche, di pregresse chirurgie o di altre patologie in atto. All'esame obiettivo emergeva un addome globoso, di volume aumentato, non dolente alla palpazione superficiale, disagio alla palpazione profonda; la paziente riferiva un progressivo incremento del volume addominale negli ultimi 6 mesi. Un quadro sintomatologico così

aspecifico imponeva il completamento dell'esame obiettivo con ecografia sovrapubica, tramite l'ausilio di una sonda ecografica convex multifrequenza di 3.5-7 Mhz. All'ecografia la pelvi appariva interamente occupata da una formazione cavitaria, ripiena di liquido anecogeno, all'interno del quale si riscontrava la presenza di plurime formazioni iperecogene ovoidali, iperecogene 25mm x 12, mobili al variare del decubito della paziente. Utero e annessi non erano apprezzabili (*figura 1*).

Considerata la natura fortemente sospetta di tale formazione, si consigliava accesso urgente in Pronto Soccorso per accertamento diagnostico.

Pertanto, la paziente si recava presso il Pronto Soccorso del Policlinico di Bari ove, portati in visione i fotogrammi ecografici effettuati in ambulatorio dal curante, veniva ricoverata il giorno stesso con la diagnosi di neoformazione di verosimile pertinenza annessiale destra. Durante il ricovero, la paziente veniva sottoposta ad esami ematochimici e sierologici virali (entrambi negativi), visita ed ecografia ginecologica e, in previsione del successivo intervento, consu-

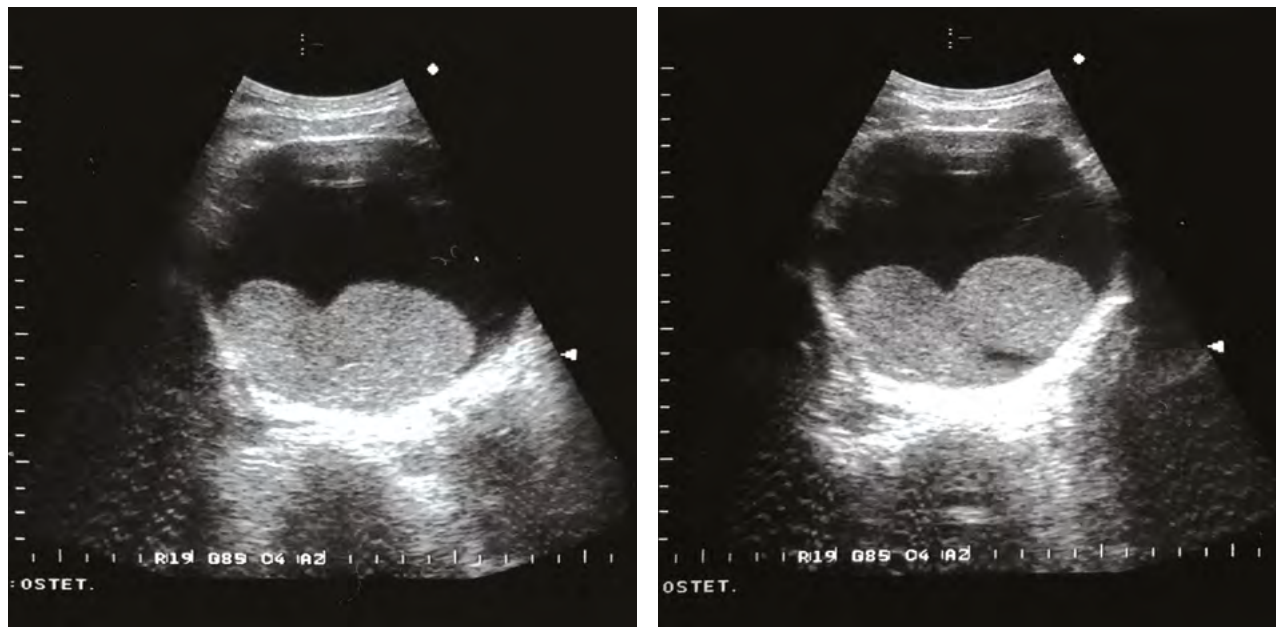
lenza anestesiológica.

In data 14/07/2025 la paziente veniva quindi sottoposta a laparotomia longitudinale mediana xifo-ombelico-pubica per annessectomia destra, washing peritoneale ed esame istologico estemporaneo su annesso destro. All'esame intraoperatorio veniva dimostrata la presenza di una voluminosa neoformazione annessiale destra di cm 32, di natura indeterminata, in contestuale torsione ovarica, compatibile con cisti endometriosa. L'esame istologico estemporaneo eseguito su prelievi di cisti e salpinge era negativo per neoplasia. A seguito dell'intervento la menometrorragia si è arrestata.

Nei giorni seguenti veniva eseguito dosaggio degli oncomarkers (Afp, CEA, Ca125, Ca15.3, Ca19.9) tutti risultati negativi. In data 18/07/2025 la paziente veniva dimessa con terapia antidolorifica e anticoagulante, con indicazione alla detersione con schiuma ginecologica e medicazione della sutura laparotomica con garze sterili e soluzione antisettica. A distanza di una settimana, venivano ripetuti gli esami di emocromo, PcrR e il dosaggio degli oncomarkers.

L'esame istologico relativo confer-

FIGURA 1

Ecografia sovrapubica

L'ecografia sovrapubica rivela la presenza di una formazione cavitaria, ripiena di liquido anecogeno

mava una lesione cistica interamente occupante l'ovaio destro, di cm 34x25x6, a pareti esterne lisce; all'apertura, la lesione presentava un aspetto multicistico a contenuto sieroematico brunastro. La diagnosi definitiva era quindi di cisti endometriotica con associato cistoadenoma mucinoso, mentre la salpinge era esente da alterazioni. La mancata individuazione e rimozione di tale lesione avrebbe potuto portare a gravi complicanze quali rottura con evoluzione in peritonite e aumentato rischio di trasformazione maligna. Nel lungo periodo gli esiti cicatriziali a seguito di rottura avrebbero potuto provocare, inoltre, dolore pelvico cronico persistente, fino a compromettere la fertilità, aspetto non secondario per una giovane donna.

A distanza di circa 40 giorni dall'intervento, si effettuava follow-up con visita ed ecografia ginecologica e oncologica. Al consulto seno-

logico, sono stati rinvenuti dei noduli mammari di natura benigna, da controllare periodicamente tramite ecografia. È stata inoltre prescritta terapia contraccettiva specifica.

Conclusioni

Dal caso esposto si evince come, in uno studio di medicina generale, la presenza di un ecografo, affiancato ai tradizionali strumenti diagnostici, risulti fondamentale ai fini di una visita ambulatoriale più corretta e completa. Senza mai sostituire un'attenta raccolta dei dati anamnestici e un accurato esame obiettivo, l'utilizzo di una sonda ecografica può dirimere quadri clinici poco chiari, e porre fondati sospetti diagnostici, successivamente confermati, come accaduto nel nostro caso, dall'esame istologico. L'ecografia, a completamento dei classici quattro tempi dell'esame obiettivo, può ri-

sultare determinante nel lavoro del medico di medicina generale che, in poco tempo e nel proprio ambulatorio, può già porre diagnosi o, quantomeno, può indirizzare rapidamente il paziente verso una corretta gestione diagnostico-terapeutica: il nostro caso ha dimostrato come la diagnosi tempestiva di patologie insidiose possa prevenire gravi conseguenze, irreversibili a lungo termine. Questa tecnica risulta sensibile, sicura, non invasiva e poco costosa; l'accessibilità all'ecografia già a partire dall'ambulatorio di medicina generale costituisce un punto di importanza strategica per abbreviare il tempo che intercorre dal sintomo alla diagnosi e, dalla diagnosi, alla cura, a vantaggio del paziente, del medico e di tutto il Servizio sanitario nazionale e, con debita certificazione formativa, sarebbe un valido contributo all'abbattimento delle gravose liste di attesa.

Ricerca territoriale: addensamenti polmonari in crescita nei pazienti sotto i 65 anni

Uno studio condotto da sette Mmg dell'Aft di Viadana evidenzia un'insolita prevalenza di addensamenti polmonari nei pazienti under 65 rispetto agli over 65. L'analisi suggerisce un'eziologia non virale e ipotizza il coinvolgimento di *Mycoplasma pneumoniae*. Tutti i casi sono guariti senza ricovero

Marco Castagna, Francesca Abate, Elisa Dall'Aglio, Fabio Maestrini, Mario Luigi Parrinello, Ilenia Piras, Annalisa Zeli

La ricerca è iniziata dopo che alcuni medici di medicina generale appartenenti all'Aft di Viadana (Mn) - confrontandosi in maniera informale - avevano notato una "anomala" frequenza di "addensamenti polmonari" in pazienti con anamnesi patologica negativa per patologie croniche (malattie infiammatorie croniche, neoplasie maligne, cardiopatie pneumopatie, nefropatie) nella fascia d'età under 65. E che questa anomalia non dava nessun cenno di regressione, ma anzi, di apparente aumento. Specularmente a questo i Mmg riscontravano anche una bassissima incidenza di "addensamenti polmonari" nei pazienti ultra sessantacinquenni che per antonomasia sono pazienti fragili, e per questo più facilmente aggredibili da patologie.

Pertanto i Mmg presero la decisione di registrare tutte le nuove diagnosi di polmoniti diagnosticate nei propri pazienti, in un determinato periodo di tempo (1/11/2024 - 01/01/2025).

Si sottolinea che lo studio non è stato sponsorizzato, ma è nato dai medici stessi con lo scopo di chiarire se "l'anomalia" è tale oppure no, e quale o quali sono gli agenti eziologici implicati, così da aggiungere conoscenze alla scienza medica, e con il nobile fine di trattare nel modo più efficace i pazienti.

La popolazione coinvolta nello studio è di 10.000 persone. Numero che corrisponde al totale di assistiti in ca-

rico ai 7 medici appartenenti all'Aft di Viadana (Mn), che hanno accettato spontaneamente di partecipare al lavoro. I medici di medicina generale che hanno deciso di partecipare (7 su 12) appartengono tutti all'Aft Viadana, e sono tutti Mmg convenzionati titolari a tempo indeterminato.

Sono stati arruolati nello studio esclusivamente i pazienti sottoposti a Rx torace risultato positivo per "addensamento polmonare".

Nell'elenco del numero dei pazienti affetti da polmonite, per garantire l'anonimato, sono inseriti solo il sesso e l'età. E questi dati sono accorpati e non associati a nessun medico.

Alcuni pazienti risultati negativi al primo Rx sono poi risultati positivi per "addensamento polmonare" ad un ulteriore Rx prescritto per persistenza dei sintomi respiratori.

La sintomatologia di quasi tutti i pazienti sottoposti a visita medica era imputabile alla flogosi delle vie respiratorie, caratterizzata da uno o più di questi sintomi: tosse, scolo nasale, post nasal drip, malessere generalizzato, faringodinia, cefalea, dispnea, febbre, toracoalgia, e in taluni casi, da sintomatologia da ascrivere all'apparato gastrointestinale (disappetenza, nausea e/o diarrea).

La definizione di "addensamento polmonare" è qui utilizzata (e vicaria il termine polmonite) perché praticamente tutti i referti delle radiografie toraciche

alle quali sono stati sottoposti i pazienti, riportavano questa terminologia.

I Mmg hanno inviato ad accertamenti radiologici i pazienti scarsamente rispondenti alla terapia impostata, antibiotica o sintomatica, e con riscontro all'ascoltazione toracica di rumori aggiunti. Ma anche pazienti con persistenza del quadro sintomatologico e senza rumori aggiunti polmonari sospetti di polmonite.

Sulla base di questo alcuni pazienti sono stati trattati subito dopo l'approccio clinico con antibiotici e secondo necessità con mucolitici, e/o aerosol terapia, e/o paracetamolo, e/o Fans. Altri pazienti invece sono stati inviati, ad eseguire in urgenza/o a breve un Rx torace. Per questi ultimi dopo la presa visione del referto (di solito entro la giornata stessa dell'esecuzione dell'Rx) risultato positivo per "addensamento polmonare" veniva prescritta una duplice terapia antibiotica (macrolide +cefalosporine/penicillina) e, sempre a discrezione del Mmg, mucolitici, aereosol terapia, paracetamolo, Fans. Tali trattamenti farmacologici hanno portato nell'arco di qualche giorno (3/5) alla riduzione netta dei sintomi e alla successiva guarigione dei pazienti. Alcuni di questi pazienti hanno riferito permanenza di astenia e tosse dopo la risoluzione del quadro acuto.

Tutti i pazienti hanno raggiunto la guarigione clinica e nessuno di questi è stato ospedalizzato.

Analisi dello studio

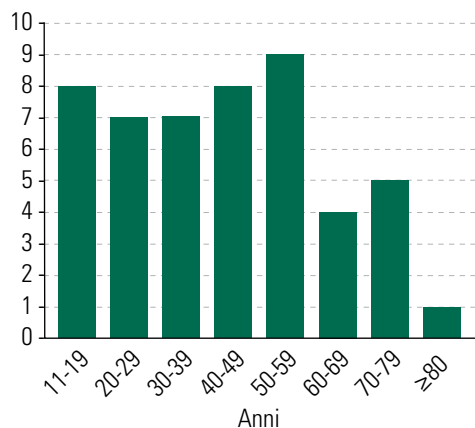
1. Pazienti sottoposti ad Rx toracico con diagnosi di "addensamento polmonare": 49
2. Numero pazienti femmine con Rx positivo per addensamento: 27
3. Numero pazienti maschi con Rx positivo per addensamento: 22
4. Rapporto femmine/maschi: 27/22
5. Numero totale pazienti over 65 positivi per addensamento: 9
6. Numero totale pazienti pediatrici positivi per addensamento: 6
7. Rapporto under 65 affetti da addensamento versus over 65 con addensamento: 40/9
8. Incidenza di addensamenti polmonari in rapporto ai pazienti in carico ai Mmg: 1/204
9. Fascia d'età con maggior numero di addensamenti: tra gli 11 e i 59 anni (figura 1)
10. Fattori di rischio: sesso femminile e fascia d'età compresa tra i 11 e i 59 anni
11. Fattore protettivo: età superiore a 80 anni

Da tutto questo si evince che l'analisi dei dati sopra riportati, evidenzia una inequivocabile, significativa ed inaspettata prevalenza di "addensamenti polmonari" nei pazienti under 65 rispetto agli over 65 (figura 2).

Considerazioni emerse dai Mmg alla conclusione dello studio:

- A. Che la popolazione over 65 sia relativamente protetta perché è venuta a contatto con l'agente/i eziologico/i in tempi precedenti e quindi ha sviluppato anticorpi specifici tali da renderli refrattari all'infezione? Oppure esistenza di fattori protettivi legati alle vaccinazioni?
- B. I pazienti ultraottantenni - almeno in questo studio - sono risultati praticamente esenti dalla patologia. E questo contrasta con l'importante fragilità degli stessi. Fattore protettivo del relativo isolamento sociale? Effetto protettivo delle vaccinazioni?
- C. Considerata la remissione in

FIGURA 1
Numero pazienti affetti da polmonite per fasce d'età di dieci anni



tempi brevi (3/4 giorni) del quadro sintomatologico dall'inizio dell'antibiotico terapia, si ipotizza con ragionevolezza che l'agente eziologico non sia di origine virale.

D. Altra ipotesi eziologica: *Mycoplasma pneumoniae* (risoluzione del quadro con l'utilizzo dei macrolidi e nessuna risposta alle penicilline).

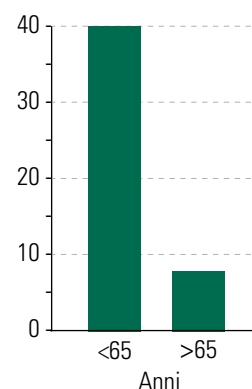
E. Dal punto di vista epidemiologico questa eziopatogenesi contrasta con i risultati di questo studio, perché il gruppo di anziani è risultato poco aggredito, e quindi in antitesi con la letteratura di settore che vede invece proprio gli over 65 più suscettibili, e quindi più facilmente ammalabili rispetto alla fascia di età adulta.

F. I Mmg sospettano che il numero di polmoniti sia inferiore a quello reale sia perché taluni pazienti sono stati trattati con antibiotico senza aver eseguito preventivamente un Rx torace, o perché diagnosticate e trattate in ambienti nosocomiali senza passaggio dal Mmg.

G. Taluni pazienti sottoposti a Rx torace per sospetta polmonite, risultati però negativi, trattati con macrolide hanno avuto una rapida risoluzione (2/3 giorni) della sintomatologia respiratoria (tosse) che persisteva da diversi giorni (4/7) e refrattaria alla terapia sintomatica.

FIGURA 2

Numero totale pazienti over 65 affetti da polmoniti verso under 65



H. Si sottolinea che a detta dei Mmg partecipanti allo studio, un numero così alto di "addensamenti polmonari" non si è mai registrato negli anni precedenti, a parità di Rx toracici prescritti. Pertanto, considerati i punti che compongono l'**Analisi dello studio**, e il paragrafo delle **Considerazioni finali**, i medici partecipanti decidono di condividere questa ricerca con il Servizio di Epidemiologia e di Infettivologia dell'Ats di Mantova, al fine di completarlo sia per l'aspetto eziologico che per quello epidemiologico (chiara evidenza che la fascia d'età più colpita risulta quella under 65 rispetto agli over 65).

NOTA

Si porta a conoscenza dei lettori, che l'Ats su richiesta dei Mmg partecipanti ad inizio di questa ricerca, ha prodotto i dati sulle patologie infettive respiratorie raccolte nel portale Smi.

Questi dati sono stati filtrati per il periodo settembre-novembre 2024 e la ricerca ha interessato la fascia d'età compresa tra i 30 e i 65 anni, e ha riguardato solo le polmoniti.

Sul portale risultano segnalati: 7 casi di *Mycoplasma pneumoniae*; 6 casi di streptococco pneumoniae; 12 casi di Legionelle; 2 casi di infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE). Il rapporto sottolinea e conclude che probabilmente i casi di polmoniti sono sotto segnalate o non segnalate.

Bibliografia disponibile a richiesta

Salute e territorio: la sfida delle cure primarie nella gestione delle fratture

Le fratture rappresentano circa l'1% delle presentazioni cliniche nella Mg e, sebbene spesso vengano indirizzate direttamente agli specialisti, quelle a basso rischio raramente richiedono un intervento ortopedico complesso. Queste potrebbero essere trattate in sicurezza dal Mmg, a patto che disponga delle competenze e delle infrastrutture adeguate

La gestione delle fratture nelle cure primarie rappresenta una frontiera fondamentale per l'efficienza dei sistemi sanitari moderni. Le fratture costituiscono circa l'1% delle presentazioni cliniche nella medicina generale e, sebbene spesso vengano indirizzate direttamente agli specialisti, quelle a basso rischio raramente richiedono un intervento ortopedico complesso. Secondo le fonti, queste lesioni possono essere trattate esclusivamente e in sicurezza dal **medico di medicina generale**, a patto che il professionista disponga delle competenze e delle infrastrutture adeguate.

L'implementazione di **Cliniche delle fratture nelle cure primarie (Pcfc) (*)** ha dimostrato risultati significativi: in un caso studio nel Queensland tali strutture hanno gestito con successo il **23% dei rinvii** che altrimenti sarebbero gravati sulle cliniche ospedaliere, con una percentuale di re-invio all'ospedale di appena il 5.5% dovuta a complicazioni cliniche o mancata guarigione. L'importanza del Mmg risiede nella sua capacità di agire come **coordinatore delle cure**, personalizzando i piani di

trattamento e connettendo il paziente a una rete di specialisti e professionisti sanitari alleati, come i fisioterapisti.

Per una gestione efficace nel setting territoriale, tre pilastri sono i fondamentali per il Mmg:

1 **Comprensione della guarigione ossea:**

il medico deve conoscere le quattro fasi biologiche: infiammazione (settimana 1), callo molle (settimane 2-3), callo duro (settimane 4-12) e rimodellamento (da settimane ad anni). Questa conoscenza guida la tempistica dei controlli, solitamente fissati a 7-14 giorni per verificare la posizione della frattura tramite raggi X prima che il callo diventi duro;

2 **Competenza nell'esame iniziale e nella gestione:**

è cruciale esaminare non solo l'area lesionata, ma anche le articolazioni superiori e inferiori e lo stato neurovascolare. Per ridurre il rischio di diagnosi errate (che nei dipartimenti di emergenza riguardano il 3.7% dei casi), il Mmg deve sempre richiedere proiezioni radiografiche anteroposteriori (Ap) e laterali;

3 **Sviluppo di una rete di riferimento:**

un Mmg esperto deve sapere quando la complessità richiede l'intervento dell'ortopedico, come nei casi di fratture aperte, scomposte, con compromissione neurovascolare o tipologie specifiche come le fratture di Salter-

Harris (III-V) e quelle del polo prossimale dello scafoide.

Oltre alla competenza clinica, il successo di questo modello dipende da un **set-up logistico appropriato**.

Il Mmg deve avere accesso immediato a diagnostica per immagini, materiali di consumo per l'immobilizzazione (come gesso di Parigi o bende in fibra di vetro) e risorse di riferimento clinico aggiornate. Nonostante i benefici clinici e la riduzione della pressione sugli ospedali, permangono barriere significative, tra cui un'educazione muscoloscheletrica talvolta limitata e sistemi di remunerazione spesso inadeguati a coprire il tempo e i materiali necessari per procedure complesse come l'immobilizzazione con gesso.

In conclusione, potenziare il ruolo del Mmg nella gestione delle fratture non solo migliora l'accesso alle cure per i pazienti, ma ottimizza le risorse sanitarie globali. Se adeguatamente supportato da formazione, assicurazione medica specifica e una rete di collaborazione, il medico di famiglia diventa il pilastro della **continuità assistenziale**, accompagnando il paziente dalla diagnosi iniziale fino alla riabilitazione finale.

E.T.

* Le "cliniche delle fratture" in Italia non sono sempre strutture fisiche dedicate, ma piuttosto **modelli organizzativi (Fis)** che integrano le cure primarie con le strutture ospedaliere e specialistiche.

• Adie JW, et al. *Basic fracture management in general practice*. *Aust J Gen Pract* 2025; 54:823-828. doi: 10.31128/AJGP-11-24-7465