

M.D.

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

Anno XXXII, numero 6 - 2025

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

■ FOCUS ON 6

**Lea bloccati,
divario Nord-Sud
sempre più profondo**

■ SANITÀ SENZA CONFINI 11

**Un medico, un'idea,
una visione d'Europa**

■ PREVENZIONE 22

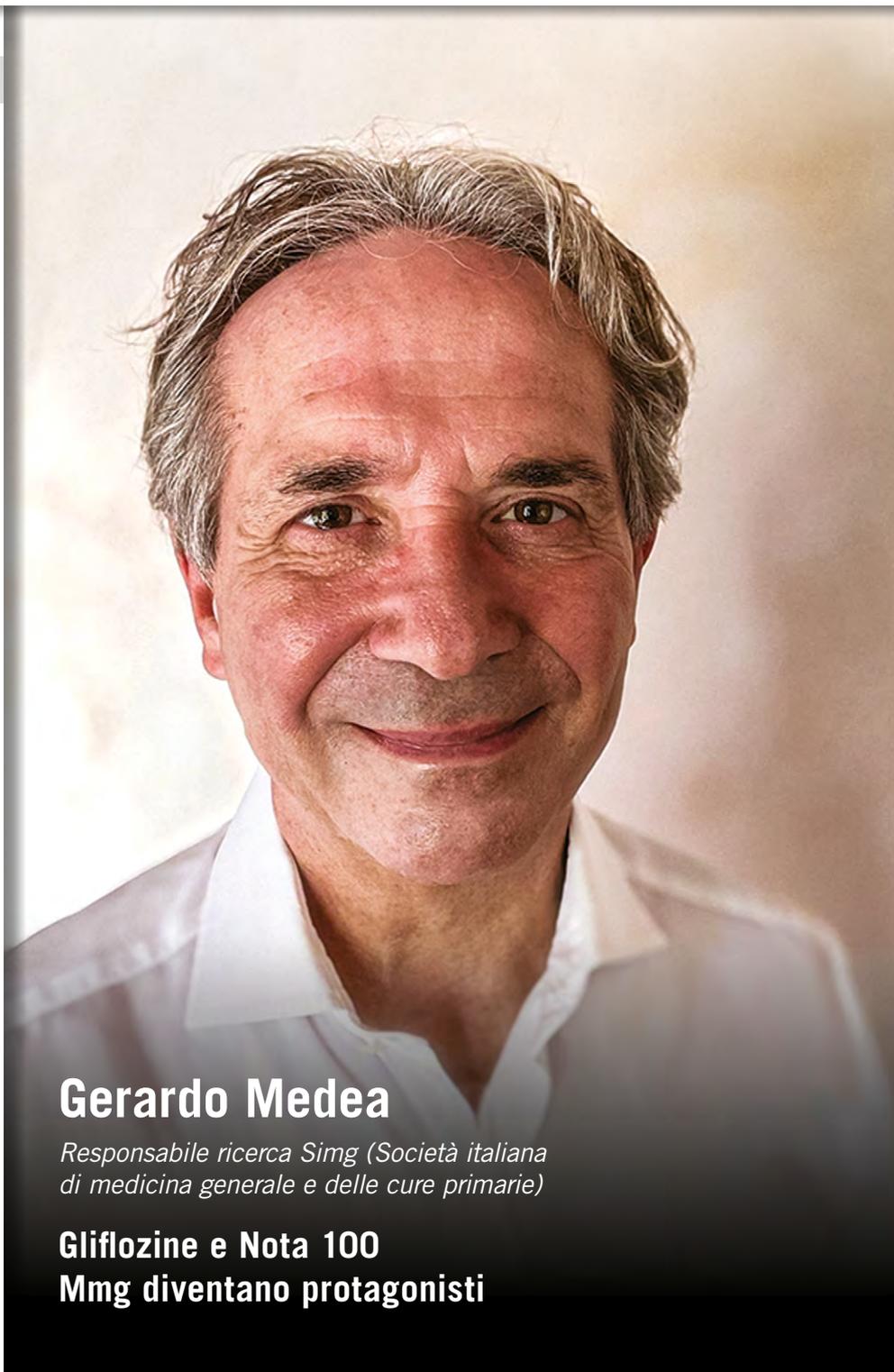
**Strategie per il controllo
dei danni da microplastiche**

■ LINEE GUIDA 28

**Linee Guida Esc 2025
Aggiornamenti in
medicina generale**



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



Gerardo Medea

*Responsabile ricerca Simg (Società italiana
di medicina generale e delle cure primarie)*

**Gliflozine e Nota 100
Mmg diventano protagonisti**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXII numero 6 settembre 2025

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 Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dillillo, 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	
Medicina territoriale: il cambiamento sospeso	5
Focus on	
Lea bloccati, divario Nord-Sud sempre più profondo	6
L'altro fronte della crisi: il blocco dei nuovi Lea	8
Contrappunto	
Mmg nel mirino: il peso crescente della burocrazia soffoca la cura	9
Sanità senza confini	
Un medico, un'idea, una visione d'Europa	11
Relazione e cura	
Metodo psiconcologico Simonton A sostegno del paziente	13

CLINICA E TERAPIA

Intervista	
Gliflozine e Nota 100 Mmg diventano protagonisti	16
Rassegna	
Nefrotossicità indotta da farmaci Gestione personalizzata e prevenzione	19
Prevenzione	
Strategie per il controllo dei danni da microplastiche	22
Clinica	
Iperkaliemia nella sindrome cardio-renale Nuove soluzioni tra ragionevolezza e controversie	26
Linee guida	
Linee Guida Esc 2025 Aggiornamenti in medicina generale	28



Medicina territoriale: il cambiamento sospeso

■ Anna Sgritto

Dopo la pausa estiva, il bilancio è amaro: il ruolo dei medici di medicina generale resta indefinito mentre il tempo del Pnrr corre più veloce delle riforme. Settembre, infatti, riporta in primo piano le promesse non mantenute. Dopo mesi di annunci e aspettative, il cambiamento evocato per la medicina territoriale sembra ancora un orizzonte lontano, più narrato che realizzato. E con esso, resta sospeso il destino dei medici di medicina generale (Mmg), protagonisti teorici di una riforma che, nei fatti, non ha ancora trovato una cornice normativa chiara.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), con le sue scadenze sempre più ravvicinate, impone una trasformazione profonda dell'assistenza territoriale. Le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali, l'integrazione sociosanitaria: tutto ruota attorno a un nuovo modello che dovrebbe valorizzare il ruolo del Mmg come perno della presa in carico. Ma mentre le strutture prendono forma, il quadro contrattuale resta immobile. L'atto di indirizzo per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale (Acn) dei Mmg è ancora fermo, bloccato in una stasi che stride con la velocità imposta dal Pnrr. Nel frattempo, le Regioni procedono in ordine sparso, siglando Accordi locali che rischiano di frammentare ulteriormente il sistema. È dunque imprescindibile che si proceda con urgenza all'emanazione degli Atti di Indirizzo per il triennio 2022-2024 e, contestualmente, si dia avvio all'allineamento contrattuale per il 2025, affinché le risorse stanziate non restino lettera morta.

A rendere ancora più teso il clima, sono arrivate le recenti dichiarazioni del Ministro della Salute sull'ipotesi di turni di 12 ore per i Mmg all'interno delle Case di Comunità. Una proposta che ha sollevato immediate perplessità e contestazioni da parte dei sindacati della medicina generale, che denunciano l'assenza di un confronto reale. L'idea di una turnazione rigida, calata dall'alto, appare distante dalle esigenze del territorio e dalle condizioni operative attuali.

Il rischio è duplice: da un lato, una riforma che procede senza una visione condivisa; dall'altro, una categoria professionale che si ritrova a gestire il cambiamento senza garanzie, senza tutele, e spesso senza voce. Il silenzio istituzionale sull'Atto di indirizzo non è solo una questione burocratica: è il segnale di una disconnessione profonda tra progettualità e realtà.

In questo scenario, il ruolo del Mmg non può essere lasciato all'improvvisazione. Serve una regia nazionale, un patto chiaro tra Stato e professione, che restituisca dignità e prospettiva a chi ogni giorno presidia il territorio. Perché senza i medici di famiglia, la medicina territoriale resta un contenitore vuoto e il cambiamento evocato, una promessa che rischia di svanire nel rumore di fondo.



Lea bloccati, divario Nord-Sud sempre più profondo

Solo 13 Regioni superano gli standard minimi nei Livelli essenziali di assistenza, mentre l'aggiornamento di quelli nuovi è fermo da oltre due anni.

Il risultato è un sistema diseguale, con prestazioni obsolete e cure non allineate ai progressi scientifici. Gimbe e Fossco chiedono riforme urgenti e un intervento immediato per tutelare equità e qualità dell'assistenza

A cura di **Anna Sgritto**

Il quadro che emerge dalla sanità italiana è, a dir poco, sconcertante. Non possiamo più permetterci di ignorare la profonda e persistente frattura che attraversa il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), né lo stallo inaccettabile che impedisce l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Come dettagliato nell'analisi che segue, le "pagelle" del Ministero della Salute, dissezionate dalla **Fondazione Gimbe**, non solo confermano un divario endemico tra Nord e Sud, ma evidenziano un preoccupante arretramento persino in Regioni un tempo considerate baluardi di efficienza. Nel frattempo, l'allarme lanciato dal Forum delle **Società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani (Fossco)** risuona forte: *la burocrazia sta rendendo obsolete le cure, tradendo la promessa di un accesso equo alla salute per tutti i cittadini. È una situazione che grida a una riforma radicale, ben oltre i palliativi, e ci impone una riflessione urgente sul valore e sul futuro del nostro sistema sanitario.* Gli ostacoli burocratici che impediscono l'aggiornamento dei Lea in Italia sono principalmente legati a uno stallo

tra il Governo centrale e la Conferenza Stato-Regioni.

La pagella del Ministero

Il Servizio sanitario nazionale italiano è chiamato a garantire a tutti i cittadini i Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero prestazioni sanitarie fondamentali erogate gratuitamente o previo pagamento di un ticket. La loro adeguatezza è valutata annualmente dal Ministero della Salute, un processo che Fondazione Gimbe definisce la "pagella" ufficiale per i servizi sanitari regionali. Il monitoraggio per il 2023, basato su 26 indicatori del Nuovo sistema di garanzia (Nsg) suddivisi in tre macro-aree (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), rivela un quadro allarmante: **solo 13 Regioni su 21 hanno raggiunto la soglia di 'sufficienza' (almeno 60 punti in tutte e tre le aree)**, un numero identico a quello del 2022.

• Un Paese spaccato

Delle 13 Regioni "promosse", **soltanto tre appartengono al Mezzogiorno: Puglia, Campania e Sardegna**. Mentre la Puglia ha registrato punteggi paragonabili ad alcu-

ne Regioni del Nord, Campania e Sardegna si sono posizionate di poco al di sopra della soglia di sufficienza. Un'analisi più approfondita mostra che Campania e Sardegna sono salite tra le Regioni adempienti rispetto al 2022, mentre Basilicata e Liguria sono retrocesse, non avendo raggiunto la soglia minima in almeno un'area. Altre Regioni meridionali, come Calabria, Molise e Abruzzo, insieme alla Provincia Autonoma di Bolzano, Sicilia e Valle d'Aosta, sono rimaste inadempienti, con alcune che non hanno raggiunto la soglia in ben due aree.

Il monitoraggio Gimbe

Per fornire una visione più chiara rispetto alla semplice distinzione tra adempienti e inadempienti, la Fondazione Gimbe ha elaborato una propria classifica sommando i punteggi ottenuti da Regioni e Province Autonome nelle tre aree. Questa classifica evidenzia in maniera ancora più marcata la frattura Nord-Sud. Tra le prime dieci Regioni, **sei sono del Nord, tre del Centro e solo una del Sud**. Allo stesso modo, nelle ultime sette posizioni, con l'eccezione della Valle d'Aosta, si trovano esclusivamente Regioni del Mezzogiorno.

no". Il Veneto si colloca in testa con un punteggio totale di 288, seguito da Toscana (286) ed Emilia-Romagna (278). All'estremo opposto, Valle d'Aosta (165), Sicilia (173) e Calabria (177) chiudono la classifica.

Andando oltre la mera adempienza, l'analisi per macro-area rivela ulteriori complessità.

Alcune Regioni, come Campania, Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto e Umbria, mostrano un posizionamento simile in tutte e tre le aree, indicando una certa uniformità nell'erogazione dell'assistenza. Al contrario, Regioni come Calabria, Valle d'Aosta, Liguria e Provincia Autonoma di Bolzano, presentano 'forti squilibri' nel loro posizionamento tra le tre aree. Questo significa che, anche laddove si raggiunge la sufficienza, persistono 'marcati squilibri nella qualità dell'assistenza', e **"una sanità che funziona bene solo in ospedale o solo sul territorio non può considerarsi realmente efficace"**.

• **Un campanello d'allarme**

Il monitoraggio 2023 ha anche evidenziato un preoccupante peggioramento delle *performance* in otto Regioni rispetto all'anno precedente. Tra queste, **Lazio (-10 punti), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19) hanno registrato le riduzioni più significative.** Questo calo, anche in Regioni tradizionalmente solide, rappresenta un "campanello d'allarme che non può essere ignorato". **Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, sottolinea come la tenuta del Servizio sanitario nazionale "non è più garantita nemmeno nei territori con maggiore disponibilità di risorse o reputazione sanitaria"**. Fortunatamente, due Regioni del Mezzogiorno, Calabria (+41) e Sardegna (+26), hanno mostrato un netto miglioramento nel 2023 (tabella 1).

• **I dati ministeriali non convincono**

Nonostante la valutazione del Ministero, la Fondazione Gimbe solleva serie critiche riguardo all'efficacia del sistema di monitoraggio stesso. Cartabellotta conclude che la tutela della salute in Italia "dipende in larga misura dalla Regione di residenza" e che la frattura tra Nord e Sud non solo non si riduce, ma è "più ampia di quanto i numeri lascino intendere". Il set di indicatori Core del Nuovo sistema di garanzia (Nsg), sebbene sia la "pagella" ufficiale "non riflette in maniera ac-

curata la qualità dell'assistenza". Viene definito più come uno "strumento di *political agreement* tra Governo e Regioni", caratterizzato da pochi indicatori e "soglie di 'promozione' troppo basse", che tendono ad appiattare le differenze reali tra le Regioni. Per questo, la Fondazione Gimbe chiede un ampliamento del numero di indicatori, una loro rotazione periodica e una "radicale revisione di Piani di rientro e commissariamenti", strumenti che, seppur efficaci nel riequilibrare i bilanci regionali "hanno inciso poco sulla qualità dell'assistenza e sulla riduzione dei divari".

TABELLA 1

Punteggio totale adempimenti Lea: gap 2023 vs 2022

Regione	Gap 2023 vs 2022
• Calabria	+41
• Sardegna	+26
• Friuli Venezia Giulia	+16
• Molise	+15
• Valle d'Aosta	+13
• Campania	+11
• Toscana	+11
• Provincia Autonoma di Trento	+10
• Umbria	+9
• Piemonte	+7
• Veneto	+7
• Marche	+5
• Puglia	+2
• Abruzzo	-2
• Provincia Autonoma di Bolzano	-4
• Emilia Romagna	-6
• Liguria	-8
• Lazio	-10
• Sicilia	-11
• Lombardia	-14
• Basilicata	-19

Elaborazione Gimbe su dati Ministero della Salute

L'altro fronte della crisi: il blocco dei nuovi Lea

Accanto alle carenze del sistema di monitoraggio e alle persistenti disuguaglianze, un'altra criticità emerge con forza: **i nuovi Livelli essenziali di assistenza sono bloccati da oltre due anni**, nonostante la loro approvazione preliminare. A denunciare questa situazione è il Forum delle Società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani (Fossc), che rappresenta 75 realtà scientifiche nazionali. I provvedimenti di aggiornamento dei Lea sono fermi tra il Governo centrale e la Conferenza Stato-Regioni, e questo stallo burocratico impedisce l'attuazione di prestazioni aggiornate e necessarie. La conseguenza diretta è l'aumento delle disuguaglianze e delle difficoltà di accesso alle cure, soprattutto per i cittadini più fragili.

Contenuti obsoleti e urgenza di aggiornamento. Il coordinatore del Fossc, Francesco Cognetti, sottolinea che il pacchetto normativo è pronto da mesi e che esiste già la copertura finanziaria per renderlo operativo. Tuttavia, a causa di questo blocco: "Quando i nuovi Lea verranno approvati, saranno già obsoleti". I due provvedimenti fermi contengono aggiornamenti cruciali rispetto al Dpcm del 12 gennaio 2017, l'ultimo che ha rivisto i Lea otto anni fa.

Tra le novità bloccate figurano l'estensione degli screening preventivi e la sorveglianza attiva per tumori mammari e alle ovaie in donne portatrici di mutazioni genetiche Brca1 e Brca2. Inoltre, sono previsti l'inserimento di nuove prestazioni sanitarie, esenzioni e tecnologie diagnostiche e terapeutiche, inclusi 45 pannelli di test molecolari su 22 tipi di tumori per orientare la scelta terapeutica verso 62 farmaci a bersaglio molecolare già approvati e rimborsati. Fondamentale anche l'introduzione

dei test genomici nel carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce, misure che riguardano almeno 10 mila donne all'anno e che oggi sono coperte solo temporaneamente da fondi speciali. Cognetti evidenzia la grave incongruenza: "Parliamo di livelli assistenziali stabiliti otto anni fa, già oggi superati dagli sviluppi della ricerca medica e dalle innovazioni terapeutiche". Continuare a basarsi su un quadro così datato significa "offrire cure inadeguate a milioni di cittadini". I ritardi nell'approvazione dei Lea si inseriscono in un contesto più ampio di lungaggini autorizzative e di rimborso per i nuovi farmaci, a livello sia centrale sia regionale.

Una riforma strutturale indispensabile

Il monitoraggio Lea 2023 certifica ancora una volta una sanità a due velocità, dove la qualità e l'accesso alle cure dipendono dal codice di avviamento postale. Le critiche di Fondazione Gimbe al sistema di valutazione e l'appello del Fossc per lo sblocco dei nuovi Lea convergono verso un'unica, ineludibile conclusione: **è "urgente una riforma strutturale del nostro Sistema sanitario nazionale"**. Un sistema che, nella sua forma attuale, "non è più in grado di garantire equità ed efficienza". Senza un'azione decisa, la frattura tra Nord e Sud e l'obsolescenza delle cure continueranno a minare il diritto fondamentale alla salute di tutti i cittadini italiani.

TABELLA 2

Nuovi Lea: gli aggiornamenti ancora in attesa di sblocco

Ambito	Descrizione dell'aggiornamento
Screening genetici preventivi	Estensione degli screening e della sorveglianza attiva per tumori mammari e ovarici nelle donne con mutazioni Brca 1 e Brca2
Prestazioni sanitarie generiche	Inserimento di nuove prestazioni, esenzioni e tecnologie diagnostiche e terapeutiche non ancora rese esigibili
Test molecolari oncologici	Inclusione di 45 pannelli di test su 22 tipi di tumori per orientare la terapia con 62 farmaci a bersaglio molecolare già approvati e rimborsati
Test genomici per carcinoma mammario	Introduzione dei test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in fase precoce, attualmente coperti solo da fondi speciali
Disturbi del comportamento alimentare	Inserimento di prestazioni specifiche per diagnosi e trattamento di anoressia, bulimia e altri disturbi alimentari
Procreazione medicalmente assistita (Pma)	Aggiornamento dei protocolli e ampliamento delle prestazioni per la Pma, con criteri di accesso più inclusivi
Radioterapia avanzata	Riconoscimento di tecnologie come la radioterapia stereotassica e l'adroterapia, già previste ma non ancora rese esigibili
Esenzioni per patologie emergenti	Estensione delle esenzioni per condizioni come la fibromialgia, ancora escluse dai Lea ufficiali
Terapie oncologiche innovative	Inserimento di trattamenti personalizzati e immunoterapie oncologiche già disponibili ma non ancora integrate nei Lea



Mmg nel mirino: il peso crescente della burocrazia soffoca la cura

Da anni i medici di medicina generale sono bersaglio di un tiro incrociato che li sovraccarica di compiti aggiuntivi, in particolare burocratici. Un carico che sottrae tempo prezioso alla clinica e alla relazione con il paziente. Una deriva che, anziché arrestarsi, sembra accelerare, minacciando la tenuta stessa della medicina territoriale

Alessandro Chiari

Segretario regionale Fismu Emilia Romagna

Nella trincea quotidiana della Medicina generale (Mg), avamposto reale della sanità territoriale, il medico è sottoposto a un bombardamento mediatico costante, che lo dipinge come figura marginale, poco efficace, talvolta persino superflua.

Eppure, gli studi pieni da mattina a sera parlano chiaro: la Mg è centrale, vitale, insostituibile. È il primo presidio di cura, il punto di riferimento per milioni di cittadini, il nodo operativo che tiene insieme la scacchiera dell'assistenza.

Da tempo denunciavamo una distorsione sistemica: il medico di medicina generale (Mmg) è costretto ad assumersi compiti che non gli competono: gestioni burocratiche, incombenze amministrative, funzioni che spetterebbero ad altri attori del sistema, dalle Asl alle Regioni, dall'Igiene pubblica all'Inps, fino agli ospedali.

Questo sovraccarico non solo snatura il ruolo clinico del Mmg, ma ne compromette l'efficacia, sottraendo tempo, energie e risorse alla relazione di cura.

Carichi distorti

In un momento in cui reperire nuovi medici è sempre più difficile e il dibattito generazionale tra dipendenza e convenzione è ancora aperto, il Ministero della Salute ipotizza di affidare ai Mmg ulteriori incombenze - come la gestione delle prenotazioni - nel tentativo di tamponare il problema delle liste d'attesa. È il caso di fermarsi a riflettere: la medicina territoriale sta attraversando una fase storica complessa, e ogni scelta, ogni proposta, va letta alla luce del contesto e del tempo in cui nasce. È evidente e comprensibile per chiunque che partire da presupposti errati conduce inevitabilmente a conclusioni altrettanto sbagliate.

La Medicina generale è una realtà complessa che può essere compresa e interpretata solo da chi la vive quotidianamente, con responsabilità clinica e relazionale. Eppure, troppo spesso se ne discute da posizioni esterne e teoriche, dando vita a progetti destinati al fallimento. Di quanto è stato annunciato negli ultimi anni, ben poco ha trovato concreta attuazio-

ne: molte iniziative si sono rivelate meri esercizi di facciata, funzionali più alla visibilità politica che al reale miglioramento della medicina territoriale.

La pandemia ha rappresentato un momento drammatico per il Paese e ha messo in luce, tra le altre cose, la fragilità di alcune scelte gestionali. In quella fase si sarebbe dovuto comprendere che il carico burocratico non andava aumentato, ma ridimensionato, per restituire centralità alla cura e al rapporto fiduciario tra medico e paziente - una risorsa ineguagliabile del nostro sistema. Eppure, anche oggi, si rischia di attribuire ai Mmg responsabilità che esulano dal loro ruolo, in una narrazione che talvolta sfiora il paradosso. Come ricordava **W. Churchill**, "ogni azione viene interpretata dal punto di vista di chi la osserva ed è proprio da lì che, spesso, si giudicano le cose umane e talvolta anche quelle divine".

Ogni giorno, aprire i nostri studi somiglia sempre più a un confronto con le *Idi di Marzo*: non sappiamo chi entrerà, cosa accadrà, né se dovremo difenderci - metaforicamente o meno. Il medico di



medicina generale è ormai chiamato a essere un supereroe per sopravvivere nel proprio studio. Ma va detto: guardare un film di Superman non basta a diventarlo. La nostra è una professione ad alto rischio, e quel rischio va gestito su più fronti: clinico, sociale e, sempre più spesso, personale.

La deriva

Purtroppo da tempo subiamo questa campagna denigratoria dove la potenza negativa dello *slogan* dell'insufficiente lavoro del medico viene ripetuto all'infinito per convincere il popolo, come da teoria novecentesca della psicologia delle masse, per cui, se una cosa viene ripetuta continuamente, viene recepita come una verità assoluta.

Siamo di fronte a una deriva culturale che rischia di normalizzare la menzogna, trasformando la criminalizzazione dell'altro in una sorta di moda incivile, alimentata da un'ignoranza diffusa, non solo tra le masse, ma anche tra legislatori, operatori sanitari e, purtroppo, persino tra alcuni colleghi. È difficile discernere se si tratti di ignoranza assoluta, di malafede consapevole o, peggio ancora, di una buona fede fondata su una disinformazione sistemica. Le nuove generazioni, spesso prive di una solida formazione culturale, sembrano affidarsi più allo "smartphone-oracolo" che al pensiero critico, delegando all'Intelligenza artificiale il compito di pensare al posto loro, in nome della comodità. Anche tra i giovani medici si osserva una crescente tendenza a cadere in queste trappole, come nella narrazione semplicistica della dipendenza, che viene accolta con sorprendente leggerezza, senza una reale comprensione delle implicazioni professionali e sistemiche.

Luoghi comuni e persuasione

La gestione dello studio del medico di medicina generale presenta da tempo criticità profonde, che la pandemia ha solo amplificato. Già prima dell'emergenza sanitaria, l'ambulatorio veniva percepito da molti cittadini come una sorta di "supermarket della salute": un luogo dove si entra liberamente, senza alcun filtro né costo d'accesso, e si pretende di ottenere ciò che si desidera - quando si vuole, come si vuole, e spesso senza alcuna mediazione clinica. In questo contesto, il Mmg è costretto a un confronto quotidiano serrato, nel quale deve decidere se negare o concedere prestazioni, certificazioni, prescrizioni o risorse, spesso sotto pressione e in assenza di strumenti adeguati per sostenere il proprio ruolo.

A complicare ulteriormente il quadro, interviene la forza pervasiva dei luoghi comuni, alimentati dai mezzi di comunicazione e radicati nell'immaginario collettivo. Questi stereotipi, che ci dipingono come dispensatori automatici di soluzioni, sono difficili da estirpare: l'esperienza insegna che, una volta sedimentati, ci accompagnano per tutta la vita, condizionando la percezione del ruolo professionale e minando la fiducia nel suo valore clinico e relazionale.

La demolizione dei sistemi socio-sanitari, spesso mascherata da innovazione gestionale, riflette una tendenza a inseguire il cambiamento senza valutarne gli effetti. Intanto, il cittadino assorbe notizie da fonti superficiali - TV e rete - dove l'informazione è spesso distorta. Così si consolida una narrazione errata, alimentata da fiducia mal riposta e scarsa capacità critica.

I Mmg sono passati dall'essere acclamati come eroi a diventare

bersagli di una campagna denigratoria che li ha resi capri espiatori di ogni disfunzione. Aggressioni verbali, carichi impropri e pressioni crescenti hanno trasformato l'ambulatorio in un luogo di resistenza. La pandemia, anziché generare consapevolezza e riforme, ha aggravato il degrado della sanità territoriale, oggi sempre più fragile e lontana dai bisogni reali della popolazione.

Serve coraggio

Per rafforzare la dimensione clinica della Mg è indispensabile alleggerire il peso della burocrazia. La proposta di dipendenza appare più come un *ballon d'essai* che come un autentico progresso organizzativo: accettarla significa cedere all'aziendalizzazione, rinunciando all'autonomia professionale e trasformandosi in esecutori privi d'iniziativa. Quando si impongono pianificazioni rigide, anche le menti più brillanti rischiano di scivolare nell'incompetenza, una sorta di parabola del campione. Serve coraggio per affrontare scelte strutturali, ma il vero pericolo è che ciò che si abbraccia sia peggiore di ciò che si abbandona.

È fondamentale analizzare le posizioni divergenti e valutare se il progetto di revisione politico-technica abbia davvero possibilità di realizzazione.

In questo scenario, dove il carico burocratico cresce e la dignità professionale si assottiglia, il rischio non è solo operativo, ma umano. Il medico di medicina generale è chiamato a resistere, a difendere il proprio ruolo, la propria autonomia e la propria sicurezza. Ma quando il sistema non protegge, finisce per distruggere. Come scrisse il giurista romano **Publilio Siro**: "*Qui non servat, occidit* (Chi non protegge, uccide)".



Un medico, un'idea, una visione d'Europa

Cinquant'anni fa prendeva forma un progetto ambizioso: garantire la libera circolazione dei medici oltre i confini nazionali. Questo articolo nasce da una riflessione di Mario Baruchello, pubblicata sul portale della Fnomceo in memoria del padre Bruno, figura chiave di quella trasformazione. Un contributo che ci invita a porci una domanda fondamentale: "Perché questa storia va ricordata e condivisa?"

a cura di **Anna Sgritto**

Quest'anno si celebra il cinquantesimo anniversario dell'avvio del processo che ha reso possibile la libera circolazione dei medici nell'Unione Europea. Un traguardo che oggi appare scontato, ma che è nato da un'idea semplice e potente: costruire un'Europa dove le competenze mediche potessero viaggiare libere, arricchirsi nel confronto e servire i cittadini ovunque ce ne fosse bisogno. Tra i protagonisti di questa trasformazione c'è il dottor Bruno Baruchello, medico vicentino, presidente dell'Ordine dei Medici di Vicenza, consigliere nazionale Fnomceo e presidente dell'Uemo. Negli anni '70, la Federazione nazionale dei medici gli affidò la direzione della Delegazione per i rapporti con l'estero, con il compito di promuovere il dialogo internazionale sulla formazione medica. Il suo lavoro contribuì a gettare le basi di un sistema condiviso di qualifiche e competenze, in un'epoca in cui ogni Stato membro seguiva regole proprie. Il Comitato consultivo per la formazione medica della Comunità economica europea (Cee), istituito nel 1975, fu uno degli strumenti chiave per favorire l'armonizzazione. Seb-

bene non avesse potere vincolante, il Comitato elaborò raccomandazioni e studi comparativi che influenzarono profondamente le politiche nazionali. Bruno Baruchello partecipò attivamente a questi lavori, promuovendo una visione europea della professione medica. Negli anni successivi, la crescente mobilità dei professionisti rese evidente la necessità di un quadro normativo più strutturato. Il riconoscimento delle qualifiche era frammentato, affidato a direttive settoriali come la 75/362/Cee e la 93/16/Cee, che regolavano singole professioni con procedure complesse e poco trasparenti.

La svolta

Il cambiamento arrivò nel 2005 con l'adozione della Direttiva 2005/36/Ce, che ha rappresentato un punto di svolta per il riconoscimento delle qualifiche professionali nell'Unione europea.

La direttiva con le sue successive modifiche ha costituito un passo fondamentale verso la realizzazione della libera circolazione dei professionisti in Europa, inclusi i medici. Pur avendo incontrato delle difficoltà ed un lunghissimo per-

corso nella sua elaborazione e attuazione, ha prodotto risultati significativi in termini di maggiore mobilità, semplificazione delle procedure e rafforzamento della cooperazione tra gli Stati membri, contribuendo a un mercato del lavoro più integrato e dinamico. Ha infatti introdotto un sistema armonizzato basato su tre pilastri:

1. Riconoscimento automatico per le professioni regolamentate, tra cui quella medica, sulla base di titoli minimi armonizzati.
2. Sistema generale di riconoscimento per le qualifiche non armonizzate, con valutazione caso per caso.
3. Riconoscimento dell'esperienza professionale per alcune attività, anche in assenza di titoli formali.

La direttiva ha semplificato le procedure, ridotto i tempi di risposta delle autorità competenti e introdotto il principio della trasparenza, obbligando gli Stati membri a pubblicare le condizioni di accesso alle professioni regolamentate.

Nel 2013, la Direttiva 2013/55/UE ha infatti modificato la 2005/36/Ce, introducendo ulteriori innovazioni:

- La tessera professionale europea (Epc), uno strumento elettronico per facilitare la mobilità.
- Il meccanismo di allerta, per se-

gnalare professionisti sanzionati o sospesi.

- Il rafforzamento del principio di proporzionalità, per evitare restrizioni ingiustificate all'accesso alle professioni.

Ed è proprio da qui che nasce la riflessione di Mario Baruchello, figlio di Bruno, che ha posto una domanda tanto semplice quanto disarmante nella sua profondità: *"A chi interessa questa storia?"* Una domanda che non può restare sospesa, e che ho sentito il dovere di rilanciare, ribaltandola: *"Perché questa storia va ricordata e condivisa?"* Perché non è solo una storia personale, ma una pagina fondamentale della medicina europea. È la storia di un cambiamento che ha reso possibile la formazione medica in contesti diversi, la diffusione delle competenze, la cooperazione transnazionale. È la storia di un'idea che ha rafforzato la fiducia tra gli Stati membri, trasformando l'Europa in una casa comune per i medici. La professione medica è stata la prima ad essere certificata e regolamentata a livello europeo, aprendo la

strada a molte altre professioni. Un passo pionieristico che ha segnato l'inizio di una nuova era.

Grazie a quel lungo lavoro, oggi esiste un sistema armonizzato che garantisce qualità, sicurezza e trasparenza nella formazione e nell'esercizio della professione. La Direttiva europea ha consolidato un mercato del lavoro più integrato e dinamico, permettendo ai medici di portare le proprie competenze dove ce n'è più bisogno, contribuendo concretamente al miglioramento dei servizi sanitari. La libera circolazione dei medici non è solo un diritto acquisito, ma parte di un disegno più ampio: l'eliminazione delle frontiere per merci e persone, la moneta unica, i programmi formativi come Erasmus. Tutti tasselli che hanno dato un nuovo significato alla parola "Europa".

In un tempo in cui le sfide sanitarie sono sempre più globali - dalle pandemie alla mobilità dei pazienti, dalla carenza di personale alla digitalizzazione - questa libertà professionale rappresenta una risorsa strategica. Non solo per rispondere alle

emergenze, ma per costruire un futuro condiviso, fondato sulla salute e sulla solidarietà.

In questo quadro, l'Europa della libera circolazione può offrire anche una nuova prospettiva per la Medicina Generale: il riconoscimento come specialità universitaria. Nella maggior parte dei Paesi dell'Unione, la Mg è già considerata tale, con propri dipartimenti o scuole a livello universitario o regionale. L'Italia non può restare indietro: il rafforzamento della formazione accademica è un passo necessario per valorizzare il ruolo del medico di famiglia e renderlo competitivo in un contesto europeo.

Questa storia va quindi ricordata perché parla di visione, di impegno, di Europa. Parla di un medico che ha creduto che la professione potesse superare i confini, e di un'idea che ha reso l'Europa più vicina, più concreta, più giusta. È un'eredità preziosa, da custodire e trasmettere alle nuove generazioni di professionisti, affinché possano continuare a costruire ponti, e non barriere, nella medicina e nella società.

TABELLA 1

Libera circolazione dei medici in Europa: le tappe

Anno	Evento / Documento	Descrizione sintetica
1975	Decisione 75/364/Cee	Istituzione del Comitato Consultivo per la Formazione Medica della Cee
1977	Incarico Federazione dei Medici a Bruno Baruchello (Prot. 960/9)	Avvio del lavoro diplomatico e tecnico per l'armonizzazione dei titoli medici
1986	Riunione del Comitato consultivo (Bruxelles, 18/6/86)	Consolidamento delle raccomandazioni per la formazione medica comune
1993	Direttiva 93/16/Cee	Primo riconoscimento reciproco delle qualifiche mediche tra Stati membri
2005	Direttiva 2005/36/Ce	Introduzione del sistema armonizzato per il riconoscimento delle qualifiche professionali
2013	Direttiva 2013/55/UE	Modifiche alla direttiva: tessera professionale europea, meccanismo di allerta, semplificazioni
2025	50° anniversario dell'avvio del processo di armonizzazione	Ricorrenza simbolica che celebra mezzo secolo di progressi nella mobilità professionale dei medici e nel riconoscimento reciproco delle qualifiche tra Stati membri



Metodo psiconcologico Simonton A sostegno del paziente

Aiutare l'organismo a reagire in modo positivo potenziando le naturali forze di autoguarigione e migliorando la qualità di vita delle persone con tumore e dei loro familiari: un approccio che non è "solo" un supporto psicologico ma un vero e proprio affiancamento alla cura

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

La vita non si ferma a una diagnosi sconvolgente, non si deve fermare lì, anzi. Nel dolore e nella paura, stendere la mano perché qualcuno possa prenderla può essere la salvezza, qualunque significato si voglia attribuire a questo termine. La psiconcologia può rappresentare un valido appiglio per molti, un importante strumento per accompagnare la persona in difficoltà per una diagnosi non facile, in un cammino di conoscenza ed esplorazione, dove l'orizzonte si può aprire a nuove prospettive. Ne abbiamo parlato con la dottoressa **Luisa Merati**, medico chirurgo, Specialista in psicologia clinica e psicoterapeuta, Specialista in medicina psicosomatica e Terapeuta certificata metodo psiconcologico Simonton.

Metodo psiconcologico Simonton: di che si tratta?

Innanzitutto ci tengo a precisare che si tratta di un approccio che, pur essendo stato inizialmente strutturato per i pazienti affetti da tumore, può essere rivolto a tutti, da chi ha problemi squisitamente psicologici o psicosomatici, a chi è affetto da malattie croniche o neurodegenerative. Sviluppato negli anni '70 dal radioterapista Carl Simonton, si basa sull'idea che mente, emozioni e atteggiamenti possano influenzare il decorso della malattia oncologica. Con la moglie Stephanie Simonton, psicologa, ha così messo a punto un protocollo nato dall'osservazione dei pazienti che seguiva presso il suo ospedale negli Stati Uniti come

medico oncologo radioterapista, da cui è emerso che i malati gravi di tumore che erano seguiti psicologicamente avevano una prognosi migliore di coloro che erano meno gravi ma non avevano un supporto psicologico.

L'aspetto risultato fondamentale è che, durante il percorso, la loro attenzione, la loro partecipazione alla vita, fosse indirizzata ad attività che davano gratificazione, piacere, gioia. Il dottor Simonton è stato un pioniere. Adesso questi tipi di approccio non sono più una novità perché sulla base delle sue osservazioni si sono sviluppati anche altri protocolli, altri percorsi che vengono applicati nella clinica.

Quali sono gli scopi? Quali obiettivi ci si può porre?

L'obiettivo è indirizzare l'attenzione a quello che c'è di positivo, alle proprie motivazioni, alle strategie di vita che possono orientare positivamente l'organismo. Alla base di tutto, infatti, c'è l'osservazione che la presenza di uno stress cronico, che si perpetua nel tempo, una reazione perenne di allarme, si traducono in una depressione del sistema immunitario, ed in particolare di quelle cellule - semplificando molto, perché naturalmente l'argomento è molto complesso- deputate tra



Dr.ssa Luisa Merati

Medico chirurgo specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta, Psychosomatic specialist Icpm (International College Psychosomatic Medicine), psiconcologa certificata nel metodo Simonton, direttrice scientifica del Simonton Cancer Center Italia fino al 2023. Istruttrice mindfulness senior, ipnologa clinica. Componente direttivo Simp (Società Italiana Medicina Psicosomatica). Integra approcci mente-corpo nella cura e nella formazione degli operatori sanitari.

l'altro al riconoscimento e alla distruzione delle cellule coinvolte nei processi tumorali.

Può spiegare meglio questa relazione fra stress cronico, sistema immunitario e strategie di vita?

Da diversi anni le ricerche in campo medico stanno convalidando la presenza di connessioni tra corpo, mente, emozioni e spirito.

Secondo la teoria dell'immunosorveglianza le cellule del sistema immunitario (in particolare i globuli bianchi) sono normalmente in grado di distruggere le cellule cancerose aberranti; se si paralizza il sistema immunitario si "annulla" la capacità dell'organismo di eliminare le cellule cancerose, creando condizioni patologiche che favoriscono la crescita e la diffusione della malattia.

Tra i fattori in grado di influire negativamente sul sistema immunitario, un ruolo importante è attribuito allo stress, mentre le attività positive, anche quelle del pensiero, riducono lo stress e rinforzano il sistema immunitario, indirizzando favorevolmente i processi biologici.

Naturalmente i meccanismi legati all'insorgenza del tumore non sono così semplici, perché ci sono tante concause. Il cancro è infatti una malattia multifattoriale e vi intervengono anche fattori ambientali, sia esterni che interni.

Dell'ambiente esterno fa parte la

famiglia, la società in cui viviamo, il pianeta, l'universo, ma anche quelle abitudini negative come il tabagismo, l'alimentazione sbagliata, l'esposizione agli inquinanti, che sono stati correlati all'aumento del rischio di cancro.

Tutti questi fattori si integrano anche con il nostro particolare modo di vivere le situazioni che ci accadono, perché una stessa condizione, sentita come stressante o disagiata per una persona, può essere vissuta in modo diverso da un'altra. Ciascuno di noi ha il suo sentito e in base a questo si formano i pensieri e le convinzioni, che a loro volta si traducono in comportamenti, che a loro volta influenzano l'ambiente interno, l'organismo, e la sua salute.

Nella comprensione di questi meccanismi un ruolo importante ha avuto anche la cosiddetta PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologia), branca della medicina che si occupa delle relazioni fra il funzionamento del sistema nervoso, del sistema immunitario e del sistema endocrino. Altrettanto importante il concetto di epigenetica, intendendo con questo la capacità dell'ambiente di influire sull'espressione genica.

In cosa consiste il metodo Simonton?

Questo approccio consiste essenzialmente nell'attivare le forze positive del pensiero e quindi del corpo. Questo avviene attraverso varie tecniche, i cui fondamenti sono:

- la trasformazione delle convinzioni malsane, cioè dello stress interno, in convinzioni sane
- la meditazione
- l'uso di immagini mentali attraverso tecniche di rilassamento.

Per esempio si usano tecniche che consistono nell'indirizzare l'attenzione verso aspetti positivi della propria vita e si basano sul suggerimento di individuare le cose e le si-

tuazioni che danno gioia, per poi dedicarcivisi. Intendendo come gioia la serenità, un equilibrio interno, lo stare bene con se stessi.

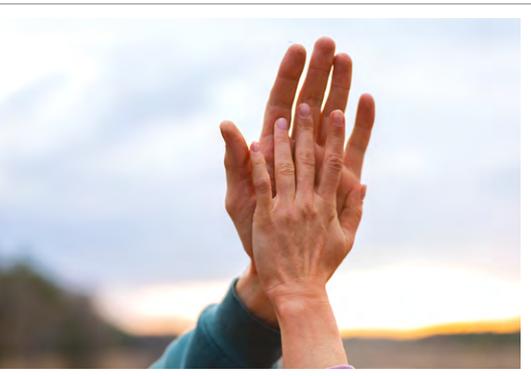
In questo modo lo scopo è quello di attivare le forze di autoguarigione dell'organismo, aiutando anche la terapia in corso, qualunque essa sia: si tratta infatti di una pratica complementare alle terapie che vengono fatte.

Possono essere coinvolti anche familiari e amici?

Sì, è anzi molto importante che siano coinvolti, proprio perché la persona è immersa in un ambiente di cui fanno parte anche loro. Questo non solo per aiutare anche le persone vicine, che vivono anch'esse in una situazione non semplice, ma anche perché è importante che la persona con la diagnosi di tumore chieda aiuto, sia in contatto con gli altri, possa esprimere le sue esigenze, proprio perché una delle caratteristiche che ci possono essere in questi pazienti è la non abitudine a chiedere aiuto, a comunicare il proprio disagio. Quindi la risposta è sì, possono essere coinvolti ed è anzi importante mettersi in relazione con i familiari e gli amici, individuando tra questi in particolare la persona più significativa, che viene invitata a essere coinvolta nel percorso.

Quali risultati ci si può aspettare?

Con la persona si lavora sul fatto che ci sono due possibilità che si possono accettare: la remissione o anche l'assenza di remissione e, in relazione a questo, l'obiettivo cambia. Resta centrale migliorare la qualità di vita, attraverso la consapevolezza, l'accettazione di quello che c'è, non nel senso di una rassegnazione, ma di un rendersi conto e di compiere delle scelte che siano ottimali per il proprio equilibrio. Ho





in mente in questo momento una persona che era stata sottoposta a un mobbing chiamiamolo pure "cru-dele", che aveva una forte sensazione di impotenza, di non avere nessuna via d'uscita e in questo contesto si è ammalata di cancro. Si è avuta una via d'uscita nel momento in cui ha accettato, ha rinunciato a "tenere duro", a contrastare questo mobbing esasperato che era diventato un tiro alla fune: una situazione devastante. A un certo punto ha deciso che quello che era meglio per se stesso era rinunciare al lavoro, si è dimesso e da quel momento ha avuto una libera scelta di trovare un altro lavoro, si è messo in una situazione di libertà. Stando nella malattia la persona si chiede: cosa è veramente importante per me? Tenere duro o lasciar perdere? La malattia di questa persona non

è stata vissuta così come una colpa, come un risultato negativo, ma come la possibilità di vedere le cose da una certa distanza. Questo esempio mi consente anche di sottolineare come sia importante il vissuto della malattia anche attraverso il lavoro sulle convinzioni malsane che si sono sviluppate e consolidate nel tempo e che portano disagio e spesso a rimanere bloccati in situazioni "tossiche".

Vuole aggiungere un messaggio per i Mmg?

Il messaggio importante è che il cancro è una situazione multifattoriale, e anche se viene vissuta -ed è- una cosa molto grave, la situazione può comunque sempre cambiare. C'è questa possibilità: che cambiando l'ambiente, esterno e inter-

no, possiamo aiutare il nostro organismo ad agire in modo positivo. Ci tengo anche a sottolineare l'osservazione che la medicina è praticamente tutta psicosomatica, intendendo con questo come le malattie debbano essere viste nell'ambito della relazione corpo-mente - psiche - spirito. Per i medici è molto importante rendersi conto di questo, perché la medicina epigenetica, chiamiamola pure così, psicosomatica epigenetica, ormai è una storia di decenni, ma non viene sempre accettata e nemmeno spesso conosciuta.

BIBLIOGRAFIA

- Carl Simonton, Stephanie Matthews-Simonton, James L. Creighton. Ritorno alla Salute. Tecniche di auto-aiuto che favoriscono la guarigione. Ed. Amrita
- Luisa Merati. Metodo psiconcologico di Simonton, mente, corpo, emozioni, guarigione. *M.D. Medicinae Doctor* - Anno XXI numero 3 - 2014. Pagg. 42-3



Gliflozine e Nota 100 Mmg diventano protagonisti

Le novità introdotte di recente avranno un impatto significativo sulla gestione delle persone con diabete di tipo 2, scompenso cardiaco e malattia renale: il medico di Medicina generale può ora prescrivere autonomamente questi farmaci per tutte e tre le patologie

Nicola Miglino

Nei mesi scorsi l'Aifa ha aggiornato la Nota 100, riclassificando le gliflozine in fascia A e abrogando il piano terapeutico. Abbiamo chiesto a Gerardo Medea, responsabile ricerca Simg (Società italiana di medicina generale), di chiarire cosa cambia concretamente, quali i vantaggi per i medici di Medicina generale e per i pazienti e se questa decisione potrà fare da apripista anche per altre classi di farmaci innovativi.



Dr. Medea, può spiegarci brevemente cosa sono le gliflozine e qual è il loro meccanismo d'azione?

“Le gliflozine, o inibitori del Sglt2, rappresentano una delle novità più rilevanti nella terapia del diabete tipo 2. Agiscono a livello renale, bloccando il riassorbimento di glucosio nel tubulo prossimale. L'escrezione urinaria di glucosio indotta da questi farmaci è di circa 50-75 g/die, con conseguente ca-

lo della glicemia e perdita energetica di 200-300 kcal al giorno. Il meccanismo è “insulino-indipendente”, quindi efficace anche quando la funzione beta-cellulare è compromessa e, al tempo stesso, “glucosio-dipendente”, cioè proporzionale alla concentrazione plasmatica del glucosio: ciò riduce il rischio di ipoglicemie. Oltre al controllo glicemico, le gliflozine esercitano benefici “pleiotropici”: abbassano la pressione arteriosa grazie all'effetto diuretico osmotico, riducono il rischio cardiovascolare e proteggono la funzione renale diminuendo la pressione intraglomerulare e l'infiammazione. In sintesi, le gliflozine non solo migliorano la glicemia e l'emoglobina glicata, ma riducono anche le complicanze cardiovascolari e renali, favorendo l'approccio terapeutico *treat to benefit*, come raccomandato dalle più autorevoli linee guida internazionali”.



Quali patologie vengono trattate, oggi, con le gliflozine in medicina generale?

“Le gliflozine non sono farmaci solo per la terapia del diabete. Oggi le indicazioni approvate comprendono tre importanti patologie: il diabete mellito di tipo 2, lo scompenso cardiaco, sia con frazione di eiezione ridotta sia preservata, e la malattia renale cronica. Questa triplice indicazione riguarda solo due delle quattro molecole oggi disponibili in Italia. Si tratta, dunque, di farmaci che agiscono su un continuum cardio-nefro-metabolico, consentendo di trattare con un unico principio attivo tre problemi che spesso coesistono in molti nostri pazienti. Per il medico di famiglia, abituato a gestire pazienti cronici e comorbidi, le gliflozine rappresentano, dunque, una interessante opportunità, poiché agiscono contemporaneamente su più organi bersaglio e riducono diversi fattori di rischio. È un cambiamen-



Gerardo Medea, Medico di Medicina Generale, è responsabile nazionale dell'Area ricerca e membro della Giunta esecutiva della Società italiana di medicina generale e delle cure Primarie (Simg). Come esperto di problemi metabolici, cardiovascolari ed endocrinologici fa parte di numerosi board scientifici nazionali ed internazionali. Da molti anni si occupa di formazione ed audit in Medicina generale anche come responsabile scientifico del software Gpg che li supporta.

to di rischio. È un cambiamen-

to rilevante nell'approccio al diabete tipo 2, se pensiamo che fino pochi anni fa l'obiettivo terapeutico prioritario era abbassare la glicemia ”.



Qual è la sua esperienza clinica con queste terapie nel trattamento del diabete di tipo 2 e dello scompenso cardiaco?

“ Nella mia esperienza clinica la prescrizione precoce degli Sglt2-inibitori facilita il raggiungimento dei target metabolici e migliora la qualità di vita. I pazienti riportano calo ponderale, riduzione della pressione arteriosa e, nei casi di scompenso cardiaco, un miglioramento della tolleranza allo sforzo. Nei soggetti con diabete tipo 2 ad alto rischio cardiovascolare o in stadi avanzati di scompenso cardiaco, ho riscontrato benefici tangibili: minori ospedalizzazioni e una maggiore stabilità clinica. Anche sul fronte della protezione renale, i risultati sono evidenti, con un rallentamento della progressione della malattia, in termini di declino del filtrato e di aggravamento dell'albuminuria. Colpiscono anche la semplicità d'uso, l'elevata aderenza terapeutica e il basso rischio di ipoglicemie. Per i Mmg questi farmaci rappresentano perciò una importante opportunità per attuare strategie di prevenzione terziaria, gestire la complessità clinica e incidere positivamente sulla storia naturale della malattia ”.



Recentemente l'Aifa ha introdotto la possibilità di prescrivere le gliflozine senza piano terapeutico per alcune indicazioni. Può aiutarci a chiarire cosa cambia concretamente?

“ Le novità introdotte da Aifa, nel recente aggiornamento della Nota 100, avranno un impatto significativo sulla gestione delle persone con diabete tipo 2. Le gliflozine sono state riclassificate in fascia A ed è stato abrogato il piano terapeutico, che rimane obbligatorio solo per i Glp1ra e la terzipatide. Di conseguenza, il medico di famiglia può prescrivere autonomamente questi farmaci per tutte e tre le patologie, ovvero Dm2, scompenso cardiaco e malattia renale cronica, senza la necessità di inviare il paziente a uno specialista per l'attivazione o il rinnovo del Pt. I Mmg ora possono prescrivere anche le associazioni tra farmaci della nota 100, per esempio Sglt2i + Glp1ra. Si tratta di un cambiamento rilevante: dopo anni di divieti prescrittivi, viene riconosciuto finalmente il ruolo centrale del Mmg nella

gestione delle cronicità. In pratica, i pazienti potranno essere trattati più tempestivamente, evitando barriere burocratiche e riducendo il carico sulle strutture ospedaliere. È una semplificazione che amplia l'autonomia e la responsabilità dei medici di famiglia ”.



Che impatto avrà, secondo lei, questa semplificazione sulla gestione dei pazienti da parte dei medici di medicina generale?

“ L'impatto sarà significativo. Innanzitutto, consente una presa in carico più precoce e continuativa, perché il paziente non dovrà più attendere visite specialistiche per avviare o proseguire la terapia. Questo si traduce in una minore pressione sulle liste d'attesa e in una riduzione dell'inerzia terapeutica. È probabile che, a causa delle precedenti limitazioni, alcuni pazienti non abbiano ricevuto, o abbiano ricevuto in ritardo, queste terapie. Inoltre, si rafforza il ruolo del Mmg come regista nella gestione delle patologie croniche: il medico di famiglia può orientare il paziente verso il percorso di cura più appropriato, sulla base delle linee guida e delle condizioni cliniche reali. La collaborazione e l'integrazione con i centri diabetologici rimane comunque essenziale, ma la gestione territoriale permette di personalizzare meglio la cura, monitorare l'aderenza e affrontare eventuali effetti collaterali a stretto contatto con il paziente. In definitiva, è un passo avanti verso una sanità più vicina ai bisogni delle persone, più efficiente e più integrata ”.



Ci sono criticità o rischi che vede in questa maggiore libertà prescrittiva?

“ Questa nuova responsabilità richiede da parte nostra il massimo senso di responsabilità. Le criticità principali riguardano il rischio di inappropriata prescrittiva, poiché ogni gliflozina ha specifiche indicazioni e posologie, e la necessità di un attento monitoraggio clinico, soprattutto nei pazienti più fragili, come gli anziani e i pluripatologici. Alcuni effetti collaterali, come le infezioni genitourinarie o la disidratazione, devono essere prevenuti, riconosciuti tempestivamente e gestiti in modo appropriato. È quindi fondamentale che i Mmg siano formati e che seguano con rigore le raccomandazioni delle linee guida. Un altro possibile rischio è che le nuove regole siano applicate in modo disomogeneo dai ventuno Sistemi sanitari regionali, generando disparità

di accesso. Occorre vigilare affinché non si creino nuovi ostacoli burocratici. In sintesi, l'autonomia prescrittiva rappresenta una grande opportunità, che può funzionare solo se sostenuta da quattro solidi pilastri: responsabilità, appropriatezza, formazione continua e stretta collaborazione con gli specialisti ”.



Come cambia il ruolo del medico di famiglia con questa nuova normativa? Si sente adeguatamente supportato nella gestione di questi farmaci?

“ Il ruolo del Mmg diventa più centrale e clinico. Non siamo più meri esecutori di rinnovi di piani terapeutici, ma attori principali nella gestione integrata del diabete, dello scompenso cardiaco e della malattia renale cronica. Questo comporta una maggiore responsabilità, ma al tempo stesso valorizza la nostra capacità di presa in carico globale e di garantire la continuità assistenziale. In questo percorso i Mmg italiani non sono soli: le società scientifiche, come Simg, Amd e Sid, hanno attivato programmi formativi mirati per favorire un appropriato utilizzo delle gliflozine e di tutti i farmaci della nota 100. Tuttavia occorre investire sempre di più nell'aggiornamento, negli strumenti di monitoraggio della qualità e nei percorsi condivisi con gli specialisti. Sono convinto che la medicina generale sia pronta ad affrontare questa sfida ”.



Quanto è importante per i pazienti poter ritirare le gliflozine in farmacia sotto casa, senza dover ricorrere a centri specialistici o ospedali?

“ Ha un grande valore, sia pratico che simbolico. Una persona con diabete o con scompenso cardiaco spesso deve affrontare percorsi assistenziali complessi e frequenti accessi sanitari. La possibilità di ritirare la terapia direttamente nella farmacia sotto casa riduce tempi, spostamenti e disagi, un vantaggio particolarmente importante per i pazienti più fragili. Nel lungo periodo questo può favorire l'aderenza, rafforzare il rapporto di prossimità con il Mmg e con il farmacista, e consolidare la rete territoriale. Ma è anche un segnale di equità: l'accesso alla terapia non dipende più dalla necessità di raggiungere un centro specialistico, ma diventa una garanzia uniforme per tutti i cittadini. In questo modo si realizza una simbiosi tra qualità delle cure e semplificazione gestionale ”.



Le gliflozine rappresentano una terapia innovativa che oggi il medico di famiglia può prescrivere con maggiore autonomia. Pensa che questo modello possa essere esteso anche ad altre classi di farmaci innovativi?

“ Credo di sì. Questo modello funziona perché si fonda su tre elementi: evidenze scientifiche robuste, sicurezza d'uso e rilevanza clinica, dato che le gliflozine sono indicate per patologie croniche ad alto impatto clinico ed epidemiologico. È auspicabile che nel prossimo futuro lo stesso percorso venga esteso anche ad altre classi di farmaci innovativi, come gli agonisti recettoriali del Glp-1, la terzipatide o i nuovi farmaci per l'insufficienza cardiaca. Naturalmente occorre sempre bilanciare l'autonomia prescrittiva con la necessità di garantire una formazione adeguata, strumenti di monitoraggio e sinergie con gli specialisti. La Nota 100 ha creato un precedente positivo: dimostra che la medicina generale può essere motore di innovazione, se dotata degli strumenti necessari per esercitare pienamente la propria responsabilità clinica ”.



Come immagina la collaborazione tra medicina generale e specialistica nel futuro, se sempre più farmaci verranno gestiti a livello territoriale?

“ La gestione integrata dei pazienti cronici sarà sempre più rilevante. Con i farmaci innovativi affidati ai Mmg, il rapporto con lo specialista deve evolvere: non più semplice prescrizione delegata, ma reale integrazione clinica. Questo significa condividere protocolli, utilizzare strumenti digitali comuni come il Fascicolo sanitario elettronico, sviluppare reti multidisciplinari in cui il Mmg coordina e lo specialista interviene nei casi più complessi. Un simile approccio riduce ricoveri evitabili, migliora la qualità della presa in carico e ottimizza le risorse del sistema sanitario. Le Case della comunità potranno diventare il luogo privilegiato di questa collaborazione professionale, favorendo consulenze mirate e teleconsulti. Immagino un futuro in cui il paziente non percepisca più confini tra territorio e ospedale, ma trovi un'unica rete di cura, integrata e continua. Questo è il vero salto di qualità che la nostra sanità deve compiere ”.

Nefrotossicità indotta da farmaci

Gestione personalizzata e prevenzione del danno

La nefrotossicità indotta da farmaci è un determinante modificabile dell'evoluzione della Ckd. La cura del paziente con Ckd richiede un approccio sistemico, monitoraggio attento della terapia, prudenza nelle procedure diagnostiche, integrazione delle tecnologie di supporto e coinvolgimento attivo della persona

Laura Cosmai

Uos Dialisi Fbf, Asst-Fatebenefratelli Sacco, Milano - Membro Consiglio Direttivo Società italiana di nefrologia (Sin)

La sicurezza del paziente è un tema cruciale in nefrologia e i pazienti con malattia renale cronica (Ckd) sono particolarmente vulnerabili alla tossicità da farmaci. La nefrotossicità farmaco-indotta (Drug-Induced Kidney Injury, Diki) è tra le cause più frequenti di danno renale acuto (Aki) e di peggioramento di una pre-esistente Ckd. Può agire su più comparti (tubulo, glomerulo, microcircolo) attraverso meccanismi emodinamici, tossici diretti, o immuno-allergici. La suscettibilità cresce in presenza di Ckd pre-esistente, età avanzata, ipovolemia e, soprattutto, comorbidità quali ipertensione e diabete, che riducono la "riserva" renale e amplificano l'effetto delle associazioni farmacologiche.

Gli ultimi dati raccolti dalla Società italiana di nefrologia (Sin) evidenziano una incidenza compresa tra il 5 e il 20% dei degenti nei reparti ordinari, e fino al 50% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva. Inoltre, secondo una casistica americana, l'incidenza di Diki nei pazienti non ricoverati si assesta tra il 14 ed il 26%. Non essendovi terapie specifiche, la prevenzione, il monitoraggio e la collaborazione tra ospedale e territorio rappresentano il "pilastro principale" per una corretta gestione di questi pazienti. In particolare, occorre svi-

luppare collaborazioni tra nefrologi e Mmg, anche perché molti farmaci potenzialmente nefrotossici vengono prescritti al di fuori degli ospedali.

Biomarcatori di danno renale

L'indicatore di danno renale cui facciamo riferimento è la creatinina sierica, tuttavia le sue variazioni si rilevano con diverse ore di ritardo rispetto all'insorgenza del danno d'organo. I nuovi biomarcatori sono più specifici e possono essere dunque particolarmente utili per anticipare la diagnosi. Favorirne la diffusione nella pratica clinica permetterebbe di attenuare le conseguenze della nefrotossicità indotta da farmaci. Esistono biomarcatori di danno renale sia urinari che plasmatici (*tabella 1*); tuttavia, solo la Cistatina C sierica è entrata nella pratica clinica, mentre gli altri devono considerarsi ancora sperimentali e sono comunque appannaggio di pochi centri in Italia.

Cause e meccanismi di nefrotossicità da farmaci

I farmaci possono determinare un danno renale diretto (glomerulare, tubulare, interstiziale o misto) come riportato nella *tabella 2*.

Va inoltre ricordato che nei pazienti

con Ckd alcuni farmaci possono accumularsi per una ridotta eliminazione renale; pertanto è necessario ridurre il dosaggio, adeguandolo all'eGfr, per evitare gli eventi avversi secondari al loro accumulo. Altri farmaci, come i Fans, devono essere invece evitati nei pazienti con Ckd, o sotto un certo valore di filtrato. Esistono diverse applicazioni facilmente scaricabili su Pc e smartphone con l'elenco completo dei farmaci e l'indicazione alla riduzione o sospensione in relazione allo stadio di funzione renale. Nella *tabella 3* vengono riportati alcuni farmaci e il

TABELLA 1

Principali biomarcatori di danno renale

Biomarker plasmatici di danno funzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Cistatina C • Proencefalina (Penk) • Proteina b-trace (Btp) • Lipocalina 2 (Ngal)
Biomarker urinari di danno renale (tubulo prossimale)	<ul style="list-style-type: none"> • Kim-1 • Il-18 • L-Fabp • Igfbp-7 • Cistatina C • b 2M
Biomarker urinari di danno renale (tubulo distale)	<ul style="list-style-type: none"> • Ngal • Timp-2

TABELLA 2

Farmaci e corrispondente tipologia di danno renale

Farmaci	Tipologia di danno
Danno glomerulare/vascolare	
Bifosfonati (pamidronato e acido zolendronico), litio	Glomerulosclerosi focale segmentale
Allopurinolo, idralazina, fenitoina,	Vasculite
Interferon-a, interferon-b, litio	Glomerulopatia a lesioni minime
Clopidogrel, contraccettivi orali, gemcitabina, Anti-Vegf, Interferon-a,	Microangiopatia trombotica
Warfarin, streptochinasi, alteplase	Emboli aterosclerotici
Danno tubulare	
Aminoglicosidi, vancomicina, colistina, foscarnet, tenofovir, cisplatino, carboplatino, acido zolendronico	Lesione/necrosi tubulare acuta
Aciclovir, sulfamidici, metotrexato, indinavir, atazanavir, triamterene, sodio fosfato	Nefropatia ostruttiva
Litio	Diabete insipido nefrogenico
Lovastatina, simvastatina	Rabdomiolisi
Carbamazepina, aloperidolo, ciclofosfamida, inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	Sindrome da inappropriata secrezione di Adh
Danno interstiziale	
Antibiotici beta-lattamici, rifampicina, aminosalicilati, inibitori di pompa protonica, inibitori di checkpoint immunitari	Nefrite tubulointerstiziale acuta
Litio	Nefrite tubulointerstiziale cronica

valore soglia di eGfr che aumenta il rischio di evento avverso cui bisogna prestare attenzione.

La politerapia è un moltiplicatore di rischio: più farmaci significano più

interazioni farmaco-farmaco e farmaco-malattia, maggiore carico di escrezione renale, e più possibili errori di dosaggio. Negli anziani e nelle persone con Ckd, la polifarmacoterapia

si associa a eventi avversi, ospedalizzazioni e mortalità più elevate.

Un esempio paradigmatico è la "triple whammy": Ace-inibitore/Arb + diuretico + Fans. L'associazione induce vasodilatazione dell'arteriola efferente, ipovolemia, e vasocostrizione dell'arteriola afferente, con crollo della pressione intraglomerulare e Aki, soprattutto negli anziani o in caso di disidratazione intercorrente.

Come minimizzare il danno renale

Il danno renale da farmaci deriva da una combinazione di fattori:

- Meccanismo d'azione del farmaco (on-target/off target);
- Suscettibilità individuale (età >65 anni, genetica, malattie concomitanti);
- Comorbidità (ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza cardiaca, Ckd);
- Terapie concomitanti o interazioni farmacologiche.

È quindi importante individuare una strategia pratica, adattabile alle comorbidità, all'età, alla funzione renale e al setting (territorio vs ospedale) per la prevenzione del danno renale da farmaci. Prima di

TABELLA 3

Esempi di farmaci e relativo livello soglia di eGfr

Farmaco	Effetti avversi da accumulo	eGfr soglia di cautela (ml/min/1.73mq)
Fans	Generalmente da evitare, perché riducono la perfusione renale e aumentano rischio di nefrotossicità ed eventi Cc	Se indispensabili: usare a dosi minime, per periodi brevissimi, NON UTILIZZARE se eGfr <30 ml/min/1.73mq
Metformina	Acidosi lattica in corso di disidratazione	<45 ml/min/1.73mq NON UTILIZZARE se eGfr <30 ml/min/1.73mq
Gabapentin	Lentezza, miocloni	<60 ml/min/1.73mq
Pregabalin	Sedazione, vertigini	<60 ml/min/1.73mq
Ossicodone/codeina/morfina	Sedazione, letargia	<50 ml/min/1.73mq
Allopurinolo	Ipersensibilità, epatotossicità	<60 ml/min/1.73mq
Trimethoprim/sulfametossazolo	Iperkaliemia, ↑ creatinina	<30 ml/min/1.73mq
Amoxicillina (+/- Ac clavulanico)	Diarrea, nausea, vomito	<30 ml/min/1.73mq
Ciprofloxacina/levofloxacina	Prolungamento Qt, rottura tendinea	<50 ml/min/1.73mq
Rivaroxaban	Sanguinamento	<30 ml/min/1.73mq
Apixaban	Sanguinamento	<30 ml/min/1.73mq

somministrare un farmaco potenzialmente nefrotossico è importante la valutazione rischio/beneficio. La *tabella 4* riassume le principali strategie preventive della nefrotossicità da farmaci in pazienti con Ckd.

Stratificare il rischio prima della prescrizione

- Identificare lo stadio di Ckd (eGfr e albuminuria), valutare la presenza di età >65 anni, diabete, ipertensione, scompenso, epatopatia, ipovolemia, uso concomitante di farmaci nefrotossici;
- Calcolare eGfr con Ckd-Epi 2021 (formula con creatinina o cistatina C o formula che le considera entrambe; ci sono diversi calcolatori per Pc e smartphone) e albuminuria per valutare la classe di rischio di malattia renale cronica;
- Usare tabelle di aggiustamento della dose a seconda della eGfr e considerare alternative non nefrotossiche, quando disponibili.

Revisione sistematica della terapia "medication reconciliation"

- Mappare tutti i farmaci, inclusi Otc e fitoterapici, e ricercare combinazioni critiche, doppioni di classe e interazioni;
- Definire un piano di "deprescribing" nelle politerapie, soprattutto per gli anziani, al fine di evitare errori di assunzione;
- Nei pazienti con diabete/ipertensione privilegiare i farmaci "renoprotettivi" (es Sglt2).

"Sick-day rules" e istruzioni al paziente

- In caso di febbre vomito, diarrea, scarsa introduzione di liquidi, o infezioni intercorrenti: sospendere temporaneamente Fans, metformina, Ace-inibitori/sartani, diuretici, Sglt2, secondo protocolli personalizzati (adattare alle comorbidità e alla stabilità emodinamica del singolo paziente).

TABELLA 4

Gestione pratica del paziente con Ckd

Strategie preventive nel paziente con Ckd	
Inibizione del Raas	<ul style="list-style-type: none"> • Ace-inibitori/Arb restano terapia cardine: riducono proteinuria, fibrosi renale e mortalità cardiovascolare. • Rischi principali: iperkaliemia, Aki, ipotensione • Accettabile un aumento della creatinina fino al 30% entro 2 settimane dall'inizio • Strategie: monitoraggio ravvicinato della funzione renale ed elettroliti, sospensione in caso di 'sick days', uso di diuretici o leganti del potassio
Diabete e Ckd	<ul style="list-style-type: none"> • Sglt2-inibitori: rallentano progressione, ma aumentano rischio di ipovolemia e infezioni • Glp-1 agonisti: benefici cardiovascolari e renali, ma effetti gastroenterici • Metformina: sicura fino a eGfr ≥30 ml/min/1.73mq, controindicata per valori inferiori
Anemia della Ckd	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo di Hb: 10-11.5 g/dl • Eritropoietine: non usare in neoplasia attiva o recente ictus • Ferro e.v. più efficace dell'orale • Nuovi farmaci (Hif-Phi): efficaci ma con dubbi di sicurezza
Imaging e procedure	<ul style="list-style-type: none"> • Mezzi di contrasto iodati: prevenzione con idratazione ev; non sospendere metformina o Ace-i/Arb • Gadolinium Rm: rischio di Nsf, evitare agenti gruppo I • Biopsia renale: rischio emorragico 1.6%, prevenibile con checklist e time-out

Monitoraggio mirato e "early warning"

- Al baseline: prima di avviare o intensificare terapie a rischio, valutare: creatinina/eGfr, elettroliti, albuminuria
- Durante il follow-up: in base al quadro clinico.

"Stewardship delle nefrotossine"

Concetto mutuato dall'antibiotic stewardship che si riferisce all'insieme di strategie, interventi e programmi clinici finalizzati a ridurre l'esposizione dei pazienti a farmaci o sostanze potenzialmente nefrotossiche, mantenendo al contempo l'efficacia terapeutica.

In ambito ospedaliero, si basa sull'implementazione di alert informativi e liste locali di nefrotossine, istituzione di audit periodici di appropriatezza, consulenza farmacologica/nefrologica per i casi complessi.

Gli strumenti emergenti (alert elettronici per Aki, modelli predittivi, mHealth) offrono il vantaggio di una migliore comunicazione, riduzione errori

e maggior coinvolgimento paziente. In conclusione, la nefrotossicità indotta da farmaci è un determinante modificabile dell'evoluzione della Ckd. La cura del paziente con Ckd richiede un approccio sistemico, monitoraggio attento della terapia farmacologica, prudenza nelle procedure diagnostiche, integrazione delle tecnologie di supporto e coinvolgimento attivo del paziente. Protocolli di monitoraggio personalizzati, l'impiego di biomarcatori sono strumenti chiave per ridurre l'incidenza di Aki, garantendo la protezione della funzione renale senza compromettere l'efficacia delle terapie in pazienti complessi. La sicurezza deve essere parte integrante della pratica nefrologica quotidiana.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone la bibliografia



Prevenzione dei danni da microplastiche

Medici per l'Ambiente Isde (International Society Doctors in Environment), ha lanciato una Campagna Nazionale di prevenzione dei rischi ambientali e sanitari da esposizione alla plastica, con particolare riferimento all'impatto sulla salute delle microplastiche.

L'informazione dei cittadini è fondamentale e deve passare attraverso la rete dei Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta

Simonetta Marucci

*Specialista in Endocrinologia, Università Campus Biomedico Roma
Ame: Commissione Rapporti con Slow Medicine, Commissione Obesità*

Medici per l'Ambiente Isde: (*International Society Doctors in Environment*), Società Scientifica che si occupa della ricerca delle possibili cause ambientali di molte patologie, ha lanciato una Campagna Nazionale di prevenzione dei rischi ambientali e sanitari da esposizione alla plastica, con particolare riferimento all'impatto sulla salute delle microplastiche (Mp, dimensioni <5mm) e delle nanoplastiche (Np, dimensione <0,1 µm) e delle altre sostanze in esse contenute. (www.lsde.it).

La campagna prevede in primo luogo un coinvolgimento dei medici, con l'obiettivo di informarli e sensibilizzarli su questa tematica, affinché possano, a loro volta, trasferire ai pazienti le informazioni necessarie, dato che il 77% del rilascio di Mp è generato dai trasporti e dalle attività domestiche, durante la fase di utilizzo dei prodotti, mentre il resto è generato dalle industrie.

L'informazione dei cittadini è, quindi, fondamentale se si vuole ridurre l'esposizione alle Mnp, e deve passare attraverso la rete dei Medici di medicina generale e i Pediatri di li-

bera scelta, i quali possono aiutare i loro assistiti a comprendere come evitare o ridurre l'esposizione, soprattutto nei primi anni di vita.

Si tratta di messaggi semplici ma che possono avere un importante effetto sui comportamenti, proprio in quanto suggeriti dalla comunità medica e, se il medico sa consigliare, spiegando ad esempio alle mamme perché è meglio non usare biberon di plastica o utensili e giochi di plastica, allora si instaura una catena di comportamenti virtuosi che hanno effetti benefici sulla salute del bambino e su tutta la famiglia.

È per questo che, puntando sulla formazione dei medici, si è elaborato un documento informativo e un poster da affiggere negli ambulatori, per facilitare l'acquisizione delle informazioni fondamentali, suggerendo soluzioni alternative all'uso della plastica.

A questo primo passo che coinvolge i medici, si è aggiunta un'ulteriore informativa per i farmacisti ed un progetto per una campagna educativa nelle scuole primarie, con la redazione di un opuscolo per i più pic-

coli ed incontri svolti da medico e farmacista con bambini e genitori.

Ma da cosa è dettata questa particolare attenzione alle Mp e Np?

Si sente sempre più parlare di **One Health**, intendendo lo stretto rapporto tra fattori ambientali, salute animale ed umana, e oggi osserviamo in maniera molto chiara come la rottura di certi equilibri ed il preoccupante fenomeno dei cambiamenti climatici influisca sulla nostra salute.

Le Mp e Np incidono, tra le altre cose, anche sulle emissioni di CO2 derivanti dalla produzione e combustione della plastica ed alla cattiva gestione dei rifiuti generati dalla stessa.

Il 99% della plastica è generata da sostanze chimiche derivate da petrolio, gas naturale e carbone, e si stima che entro il 2050 l'industria della plastica sarà responsabile del 20% del consumo mondiale di petrolio.

La plastica è uno dei principali inquinanti ambientali (Ferrante, 2024) e si calcola che, in media ogni anno, 8 milioni di tonnellate di plastica finiscano in mare. Al mo-



mento ce ne sono oltre 150 milioni di tonnellate e, secondo alcune stime, nel 2040 si arriverà a oltre 700 milioni di tonnellate di plastica e nel 2050 nell'acqua marina si troverà più plastica che pesce in termini di massa.

Oltre però a quello che si può osservare a livello macroscopico, sono anche le Micro e Nano plastiche (Mnp) a preoccupare per i loro effetti negativi sulla salute umana ed ambientale, essendo state rilevate anche nell'atmosfera e, raggiungendo anche zone apparentemente incontaminate del nostro pianeta, individuate in specie animali commestibili, nell'acqua potabile e in diversi alimenti destinati al consumo umano.

Questo suscita molta preoccupazione, soprattutto da quando la loro presenza è stata dimostrata in campioni di feci umane, in tutti i liquidi biologici e in tutti gli organi, nel latte umano, nella placenta, dimostrando di passare le barriere biologiche, e nell'intestino, dove interferiscono con l'equilibrio del microbiota, nel liquido spermatico e negli ovociti, con effetti epigenetici trasmessi alle future generazioni.

Micro e nanoplastiche

I danni ambientali e alla salute legati alla plastica, si riferiscono ad ogni fase del suo ciclo vitale, dalla produzione, derivata da carbone, petrolio e gas, al riciclaggio e smaltimento. Troviamo residui di plastica in tutti gli ambienti, da quello acquatico, dove rappresenta circa l'85% dei rifiuti, danneggiando irrimediabilmente gli ecosistemi marini, con effetti letali e sub-letali su tutti gli organismi acquatici, al suolo, alterandone la struttura e fertilità, all'**atmosfera**, in cui si possono trovare micro e nano plastiche (in particolare quelle da 50 µm). (Stubbins, 2021).

È stato anche sottolineato il possibile ruolo delle microplastiche **come vettori per la diffusione ambientale di ceppi batterici antibiotico-resistenti**.

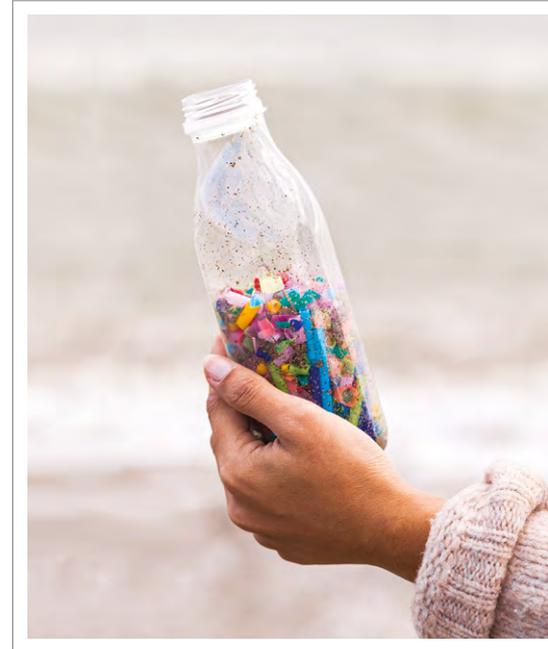
Oltre al potenziale danno associato ai polimeri che compongono le plastiche, occorre considerare il ruolo aggiuntivo giocato dai numerosi additivi chimici, ad esse associati, con lo scopo di conferire proprietà specifiche quali colore, stabilità, flessibilità, idrorepellenza, ritardo di fiamma, resistenza ai raggi ultravioletti. Parliamo di ftalati, bisfenoli, sostanze per- e poli-fluoroalchiliche (Pfas), ritardanti di fiamma bromurati e ritardanti di fiamma organofosfati, che risultano essere tossiche, cancerogene, neurotossiche ed interferiscono a livello endocrino e che, come gli **ftalati** - tra cui il **bisfenolo A (Bpa)** - rappresentano fino all'80% del volume totale di plastificante nel Pvc, o gli **alchilfenoli** e gli **additivi perfluorurati** (composti **Pfas**), ampiamente utilizzati come impermeabilizzanti.

Micro e nanoplastiche hanno una grande affinità per i tessuti grassi, e questa caratteristica ne favorisce l'assorbimento e l'accumulo negli organismi viventi dove possono agire come vettori di altri contaminanti e di organismi patogeni dannosi per l'uomo e per gli animali, con un meccanismo che viene definito "cavallo di Troia".

I principali rischi per la salute sono legati alla azione delle Mnp come Interferenti endocrini e come teratogeni e cancerogeni.

Soprattutto la capacità di alterare l'equilibrio ormonale, a partire dalle prime fasi dello sviluppo, risulta particolarmente preoccupante, per la molteplicità dei bersagli esposti alla azione di queste sostanze, e per la ripercussione sulla riproduzione e sui possibili effetti epigenetici (Zhang, 2022).

Le plastiche a contatto con gli ali-



menti, come gli ftalati ed il bisfenolo A, sono le più attenzionate, per il loro effetto sulla sintesi degli ormoni steroidi e sulla fertilità maschile, mostrando anche correlazioni significative con infiammazione ed obesità, tanto che la Commissione Europea, dopo anni di dibattiti legati alle preoccupazioni per la salute pubblica, ha finalmente adottato un provvedimento (**Regolamento UE 2024/3190**) vietando l'uso del bisfenolo A (Bpa), a decorrere dal 20 gennaio 2025, nei materiali a contatto con gli alimenti, a causa del suo impatto potenzialmente dannoso sull'organismo (Isde, 2024)

Come ridurre l'esposizione?

La via di esposizione principale per l'assorbimento delle Mnp è quella alimentare, con un progressivo accumulo negli organi e nei tessuti dove, con l'effetto "cavallo di Troia", le Mnp possono veicolare altre sostanze chimiche tossiche e microrganismi patogeni, e a livello della microflora intestinale posso-



no creare alterazioni che si riflettono sull'assorbimento di nutrienti e sulla induzione di meccanismi infiammatori reattivi (Efsa, 2007).

Preoccupante è il riscontro di microplastiche nel tessuto placentare, che comporta un rischio per la gravidanza e per il feto, con effetti teratogeni soprattutto sugli organi endocrini e riproduttivi. È stata documentata anche un'interferenza sulla neurogenesi, che può esitare in un ritardo cognitivo e del linguaggio, sia un contributo allo sviluppo di manifestazioni che rientrano nello spettro dell'autismo.

Le Np possono penetrare all'interno delle cellule andando ad interferire col metabolismo cellulare, ed è stata dimostrata un'azione "obesogena", favorente la resistenza insulinica e l'insorgenza di diabete di tipo 2.

Alla luce di tutte queste evidenze, che confermano la contaminazione di alimenti, addirittura anche di ortaggi e frutta, che assorbono queste sostanze dai suoli contaminati, ma soprattutto dal consumo di acqua minerale in bottiglie di plastica, risulta chiaro che la principale via di prevenzione passa attraverso delle scelte consapevoli a livello alimentare (Muzeza, 2023).

Da qui la necessità di una campagna di informazione radicale, che possa arrivare alle famiglie, poiché i $\frac{3}{4}$ dei rilasci di Mp sono riferibili all'uso domestico di materiali plastici, e solo la consapevolezza dei rischi per la salute può sensibilizzare ad un cambiamento di abitudini necessario e possibile.

L'informazione delle famiglie, che possibilmente deve passare attraverso un messaggio che possano dare i Mmg ed i Pediatri, è fondamentale per promuovere la salute di adulti e bambini, ma anche la salute globale dell'ambiente.

Il coinvolgimento anche della scuola, come agenzia educativa è inevitabile, ed è importante che dalle istituzioni sanitarie e scolastiche vengano fatte delle scelte **Plastic free**, con delle soluzioni alternative semplici, quali l'utilizzo di borracce di acciaio, evitando contenitori o rivestimenti di plastica a contatto col cibo, insegnando a decodificare le etichette, anche e soprattutto sui cosmetici, oltre, ovviamente, ad una educazione al corretto smaltimento.

Nel marzo 2022, la United Nations Environment Assembly annunciò il piano per un trattato globale sulla plastica, partendo dai dati esistenti rispetto agli effetti della plastica e dei prodotti chimici associati alla sua produzione, sugli oceani, sugli animali selvatici e sulla salute umana (United Nations Environment Programme, 2023). Il Trattato globale sulla plastica dovrebbe ridurre l'uso di sostanze chimiche, in particolare Pfas, bisfenoidi, ritardanti di fiamma e ftalati. I benefici di queste limitazioni sono sostanziali, in quanto un calo delle esposizioni porterà a risparmi sui costi sanitari grazie alla riduzione del carico di malattia (United Nations Environment Programme, 2021).

BIBLIOGRAFIA

- Efsa (European Food Safety Authority), 2007. Opinion of the Scientific Panel on Food Additives, Flavourings, Processing Aids and Materials in Contact with Food (AFC) related to 2,2-bis(4-hydroxyphenyl)propane. *Efsa Journal* 2007; 5(1):428, 75 pp. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2007.428>
- Isde NEWS 19 dic 2024
- Muzeza C, Ngole-Jeme V, Msagati TAM. The mechanisms of plastic food-packaging monomers migration into food matrix and the implications on human health. *Foods* 2023; 12: 3364
- Stubbins et al, *Plastics in the Earth system. Science* 2021; 373, 51-55. <http://science.sciencemag.org/>
- United Nations Environment Programme (2021). *From Pollution to Solution: A global assessment of marine litter and plastic pollution*. Nairobi.
- United Nations Environment Programme and Secretariat of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions (2023). *Chemicals in plastics: a technical report*. Geneva.
- Zhang C, Chen J, Ma S, et al. Microplastics May be a significant cause of male infertility. *Am J Mens Health* 2022; 16:15579883221096549.37
- <https://www.isde.it/progetto-plastica/> Petronio MG (coordinatrice), Oliveri Conti G, Lauriola P, Mantovani A, Murgia V, Terzano B, Tommasi M, Bernasconi S, Gianotti C, Reali L, Maurello MT, Maio T, Marucci S, Cozzi R, Romizi F, Talluri M.

Iperkaliemia nella sindrome cardio-renale

Nuove soluzioni tra ragionevolezza e controversie

Il trattamento ottimale prevede la riduzione del potassio introdotto con la dieta e l'utilizzo di farmaci: diuretici e chelanti. Tra questi ultimi, oltre al più noto calcio polistirene sulfonato, in anni più recenti sono stati introdotti patiomer e sodio-zirconio ciclosilato

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Vito Sollazzo**², **Teresa Marinelli**¹, **Antonio De Luca**²

Premessa

L'iperpotassiemia è associata ad aritmie cardiache pericolose per la vita e ad una aumentata mortalità. I pazienti più a rischio di svilupparla sono quelli affetti da insufficienza renale, diabete, scompenso cardiaco e quelli in terapia con inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone (Raasl). L'utilizzo dei Raasl ha dimostrato di migliorare la prognosi dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Tuttavia, l'iperpotassiemia rimane un importante fattore limitante l'introduzione e il mantenimento di dosi target di questa classe di farmaci.

L'impiego in cronico di farmaci quali il sodio polistirene sulfonato risulta di dubbia efficacia e può causare eventi avversi seri, come la necrosi del colon ed effetti collaterali gastrointestinali, talvolta difficili da tollerare. Negli ultimi anni, sono stati sviluppati nuovi farmaci per il trattamento cronico dell'iperpotassiemia, il patiomer e il sodio zirconio ciclosilato (ZS-9), che hanno dimostrato un miglior profilo di

tollerabilità ed una buona efficacia nel ridurre i livelli di potassio.

In definitiva, il trattamento ottimale prevede la riduzione del potassio introdotto con la dieta e l'utilizzo di farmaci. La terapia farmacologica si avvale di diuretici (tiazidici, diuretici dell'ansa) e chelanti. Tra questi ultimi, oltre al più noto calcio polistirene sulfonato, in anni più recenti sono stati introdotti patiomer e sodio-zirconio ciclosilato.

Stato dell'arte

Il patiomer è un farmaco non assorbibile legante il potassio. Si compone di un polimero anionico, che costituisce la parte attiva, e di un complesso calcio-sorbitolo che stabilizza la molecola e consente un più agevole transito nel tratto gastroenterico. Il polimero lega il potassio nel tratto gastrointestinale, principalmente nel colon, scambiandolo con il calcio e poi viene escreto nelle feci. L'escrezione fecale consente di ridurre la concentrazione sierica di K in maniera dose dipendente. La dose di trattamento iniziale raccomandata è di 8.4 g una volta al giorno, fino a raggiungere il massimo di 25.2 g in base alla risposta. Mentre è chiaro che il patiomer rilascia calcio quando lega K (o un altro catione), il destino

degli ioni calcio rilasciati nel lume gastrointestinale non è chiaro. Possono essere assorbiti dall'intestino ed escreti nelle urine, legarsi ad anioni come fosfato o ossalato nel lume intestinale o legarsi nuovamente al patiomer. Non essendo selettivo per il potassio, il patiomer lega, quindi, anche altri cationi come magnesio e sodio. Per questo motivo sono state studiate approfonditamente le variazioni degli elettroliti nel siero e nelle urine, dimostrando una sostanziale stabilità dei livelli sierici di sodio, calcio e fosforo e una lieve tendenza alla ipomagnesemia, una riduzione della concentrazione urinaria di potassio, sodio, magnesio e fosforo ed un aumento modesto della calciuria. Infine, si è ipotizzato che il calcio assorbito a livello del tratto enterico potrebbe avere influenza anche sul paratormone causandone in risposta una riduzione dei livelli ematici, ma al momento non sono disponibili studi clinici ad hoc.

Grazie al suo meccanismo d'azione innovativo, il sodio zirconio ciclosilato costituisce una valida opzione di trattamento poiché agisce in modo altamente selettivo catturando il potassio libero nell'intero tratto gastrointestinale, riducendone in tal modo la concentrazione e i livelli sierici di potassio. In particolare, agisce sull'intero tratto ga-

¹ S.C. Medicina Interna
Ospedale "T. Masselli-Mascia"
S. Severo ASL FG

² S.C. Cardiologia Clinica e Interventistica
Ospedale "T. Masselli-Mascia"
S. Severo ASL FG



strointestinale dove si lega al potassio favorendone l'escrezione mediante lo scambio con cationi idrogeno e sodio e presenta un elevato profilo di sicurezza. Inoltre, agisce entro un'ora dalla sua somministrazione rimuovendo in maniera permanente il potassio in eccesso nel tratto gastrointestinale, non viene assorbito a livello sistemico e viene eliminato dall'organismo tramite le feci, consentendo quindi di portare rapidamente il paziente in sicurezza. L'iperpotassiemia rappresenta il più comune disturbo elettrolitico osservato nei pazienti con malattia renale cronica, scompenso cardiaco e dialisi; i pazienti che sviluppano iperpotassiemia hanno una possibilità raddoppiata di incorrere in ospedalizzazioni, sono esposti ad un aumentato rischio di eventi cardiovascolari fino al 46%, e a un rischio di decesso fino all'88% maggiore rispetto alla popolazione generale. Gli studi hanno mostrato che il 98% dei pazienti trattati con il sodio zirconio ciclosilicato ha raggiunto livelli di normokaliemia entro le 48 ore dal basale. L'87% dei pazienti ha inoltre mantenuto o incrementato la terapia con inibitori di Raasl. Il farmaco è quindi in grado di trasformare la gestione dell'iperpotassiemia, offrendo agli specialisti e ai pazienti un'opzione terapeutica efficace, ben tollerata e sicura, che controlla il potassio e permette il raggiungimento dei dosaggi target con la terapia a base di inibitori di Raasl, come indicato dalle linee guida.

Discussione

L'insufficienza renale e l'iperpotassiemia sono condizioni di comune riscontro nei pazienti con scompenso cardiaco, risultato di una complessa interazione tra cuore e rene (sindrome cardio-renale) e degli effetti collaterali dei farmaci comunemente impiegati per il trattamento della malattia cardiaca (es. inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone). La progressione del danno renale se-

condaria all'insufficienza cardiaca, l'uso di terapie tradizionali anti-neurormonali e le alterazioni dell'equilibrio acido-base ed idroelettrolitico associate allo scompenso cardiaco rappresentano cause frequenti di iperpotassiemia, ma rimane controverso quale di questi fattori conferisca il maggior rischio di disonia. Lo sviluppo di iperpotassiemia potrebbe rappresentare un indice di peggioramento del compenso emodinamico nel delicato equilibrio tra cuore e rene, criticamente perturbato nella sindrome cardio-renale. I chelanti del potassio possono associarsi ad una riduzione della biodisponibilità delle terapie farmacologiche concomitanti. Un tema discusso è se un adeguato intervallo tra l'assunzione di patiomer/sodio zirconio ciclosilicato e altri farmaci garantisca o meno un adeguato assorbimento indipendentemente dalle proprietà farmacocinetiche delle singole molecole.

Gli studi finora condotti (Opal-Hk, Amethyst-Dn, Tourmaline, Pearl-Hf, ZS-002, ZS-003, ZS-004 o Harmonize) hanno dimostrato l'efficacia di questi farmaci per il trattamento dell'iperpotassiemia in pazienti con insufficienza renale cronica, diabete mellito e scompenso cardiaco cronico, anche in terapia con Raasl. Queste molecole sono gravate da effetti collaterali più lievi rispetto al sodio polistirene sulfonato e sono globalmente meglio tollerate. Il mantenimento di normali valori sierici di potassio può acquistare un significato prognostico indiretto consentendo di introdurre, titolare ed evitare la riduzione/sospensione della terapia con Raasl. I nuovi farmaci rappresentano una terapia ideata appositamente per un impiego cronico e validata da studi clinici dedicati. Inoltre, questi farmaci modificano il paradigma gestionale e la percezione tradizionale dell'iperpotassiemia, che abbandona il ruolo di fattore limitante nel percorso di ottimizzazione terapeutica, trasformandosi in potenziale target terapeutico. La pro-

gettazione di nuovi studi su sottopopolazioni selezionate di pazienti con scompenso cardiaco sarà determinante per comprendere i limiti ed i potenziali benefici a lungo termine dei nuovi chelanti del potassio.

Quindi, la disponibilità di nuovi farmaci in grado di normalizzare o mantenere stabili i livelli di potassio sierico comporta significative implicazioni per la gestione clinica dei pazienti con scompenso cardiaco. Per questi motivi, patiomer e ZS-9 costituiscono non solo uno strumento prezioso per il controllo dell'iperpotassiemia cronica, ma rivestono anche un potenziale ruolo prognostico, consentendo di introdurre e modulare la terapia anti-neurormonale.

Conclusioni

Gli studi clinici preliminari hanno mostrato che i nuovi chelanti del potassio hanno una maggiore efficacia e minori effetti collaterali rispetto alle resine attualmente disponibili in commercio. In particolare, il patiomer potrebbe svolgere un ruolo predominante nel trattamento cronico dell'iperkaliemia lieve-moderata o nella prevenzione dell'iperpotassiemia iatrogena, mentre ZS-9 potrebbe rivelarsi di prima scelta nel trattamento di forme acute e più severe. Indubbiamente sono necessari ulteriori e più approfonditi studi, soprattutto per valutare le interazioni di queste nuove resine con gli altri farmaci e gli effetti nel lungo periodo. Nel frattempo, è decisamente opportuno sfruttare al meglio tutti i presidi attualmente disponibili per prevenire e trattare l'iperkaliemia nei pazienti con sindrome cardiorenale, puntando sull'educazione alimentare oltre che sull'adeguata adesione al trattamento farmacologico, in modo da ridurre le complicanze e massimizzare le opzioni terapeutiche.

Bibliografia disponibile a richiesta

Linee Guida Esc 2025

Aggiornamenti in medicina generale

Tanti i temi affrontati che offrono al Mmg strumenti e conoscenze fondamentali per migliorare la cura dei pazienti, dal trattamento della coronaropatia multivasale nell'infarto Stemi, alla gestione delle malattie cardiovascolari in gravidanza, all'approccio della salute mentale e delle malattie Cv, alla gestione delle dislipidemie

Il panorama della cardiologia è in continua evoluzione, con nuove ricerche e linee guida che emergono costantemente per affinare la pratica clinica. Gli aggiornamenti presentati all'Esc 2025 offrono spunti fondamentali che il Medico di medicina generale può integrare nella propria routine, migliorando la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione a lungo termine dei pazienti con malattie cardiovascolari (Cv).

Trattamento della coronaropatia multivasale nell'infarto Stemi

La gestione dei pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (Stemi) e coronaropatia multivasale rappresenta una sfida clinica significativa. Le attuali Linee Guida Esc raccomandano la rivascolarizzazione completa, che include il trattamento sia della lesione responsabile dell'infarto (lesione "culprit") sia delle altre lesioni non responsabili ("non-culprit"). Tuttavia, il momento ottimale per trattare queste ultime non era ben definito. Il **trial Option-Stemi**, i cui risultati sono stati presentati al congresso Esc 2025 e pubblicati su Lancet, ha cercato di chiarire questo aspetto. Lo studio ha confrontato due strategie:

- **rivascolarizzazione completa immediata:** trattamento di tutte le lesioni interessate (culprit e non-culprit) durante la stessa procedura di intervento coronarico percutaneo (Pci).
- **rivascolarizzazione completa a stadi:** trattamento iniziale della lesione culprit, seguito dal trattamento delle lesioni non-culprit in un giorno diverso durante lo stesso ricovero ospedaliero.

ELEMENTI CHIAVE PER IL MMG

- **Non-inferiorità non dimostrata:** il trial Option-Stemi non ha dimostrato la non-inferiorità della rivascolarizzazione completa immediata rispetto a quella a stadi. Ciò significa che non vi sono prove conclusive che la strategia immediata sia equivalente o migliore di quella a stadi.
- **Segnale di peggiori outcome in pazienti con scompenso cardiaco:** è emerso un segnale di esiti peggiori con la rivascolarizzazione completa immediata nei pazienti che mostravano segni di scompenso cardiaco, classificati come Killip class II o III. In questi pazienti, il rischio di decesso, infarto non fatale o rivascolarizzazione non pianificata a 1 anno era significativamente più alto nel gruppo a rivascolarizzazione immediata rispetto a quello a stadi

(Hr 1.79). Al contrario, nei pazienti senza segni di scompenso cardiaco (Killip class I), l'Hr era 0.84, suggerendo una potenziale eterogeneità dell'effetto del trattamento in base alla classe Killip.

- **Endpoint primario:** l'endpoint composito di morte per tutte le cause, infarto miocardico non fatale e qualsiasi rivascolarizzazione non pianificata a 1 anno si è verificato nel 13.1% dei pazienti nel gruppo immediato e nel 10.8% nel gruppo a stadi.

- **Implicazioni pratiche:** il Professor Youngkeun Ahn, Principal Investigator del trial Option-Stemi, suggerisce che, dati i risultati nei pazienti con segni di scompenso cardiaco, è prudente **limitare la rivascolarizzazione completa immediata ai pazienti Stemi stabili con coronaropatia multivasale e a basso rischio clinico.**

- **Contesto:** è importante notare che altri due studi recenti avevano mostrato la non-inferiorità della rivascolarizzazione immediata rispetto a quella a stadi, ma con popolazioni di pazienti e tempistiche di procedura a stadi diverse (a settimane di distanza dall'intervento iniziale). Il trial Option-Stemi, invece, ha confrontato le due strategie all'interno dello stesso ricovero ospedaliero.

Per il Mmg, è fondamentale essere a conoscenza di questi risultati per

comprendere meglio le strategie di gestione acuta dei propri pazienti con Stemi multivasale e per monitorare eventuali segni di scompenso cardiaco post-procedurale. La stratificazione del rischio basata sulla Killip class, sebbene sia una valutazione specialistica acuta, informa la prognosi e le successive necessità di follow-up.

Malattie cardiovascolari e gravidanza

Le nuove Linee Guida Esc 2025 per la gestione delle malattie cardiovascolari (Cvd) e la gravidanza rappresentano un aggiornamento significativo rispetto alla versione del 2018, con un' enfasi rinnovata su vari aspetti clinici. Il Mmg ha un ruolo insostituibile in questo contesto, spesso essendo il primo punto di contatto per le donne in età fertile.

CONCETTI CHIAVE PER IL MMG

■ **Il Pregnancy Heart Team:** una delle revisioni strutturali più importanti è la creazione di una sezione dedicata al Pregnancy Heart Team. Questo team multidisciplinare è essenziale per garantire un' assistenza completa dalla pre-conoscenza fino al periodo post-partum.

■ **Ruolo del Mmg nella valutazione del rischio e nel referral:** la selezione delle donne da indirizzare a un Pregnancy Heart Team si basa sulla **classificazione modificata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (mWho) 2.0 per il rischio cardiovascolare in gravidanza.**

- Le donne con Cvd di **classe mWho 2.0 II-III o superiore** dovrebbero essere valutate e gestite da un Pregnancy Heart Team fin dalla fase pre-gravidanza e per tutta la durata della gravidanza e del post-partum.
- Per le donne con condizioni di

classe mWho 2.0 IV, è raccomandata una discussione approfondita da parte del Pregnancy Heart Team sui rischi elevati di mortalità o morbilità materna e i correlati alti rischi fetali. In questo contesto, le precedenti raccomandazioni di Classe III sono state modificate in una raccomandazione di Classe I, promuovendo un modello di **decisione condivisa** e permettendo alle donne di fare scelte pienamente informate con un adeguato supporto psico-sociale. Il Mmg è fondamentale nell'identificare queste pazienti e indirizzarle precocemente verso la valutazione specialistica.

■ **Importanza degli esiti avversi della gravidanza (Apos):** le linee guida riconoscono l'importanza crescente degli Apos, che includono disturbi ipertensivi gestazionali, pre-eclampsia, diabete mellito gestazionale, neonati piccoli o grandi per età gestazionale e parto pretermine.

• È raccomandato eseguire una **valutazione del rischio Cv nelle donne con Apos**, documentare gli Apos quando si valuta il rischio Cv e fornire consulenza sull'importanza di uno stile di vita sano per ottimizzare la salute cardiovascolare. Il Mmg, monitorando le gravidanze e il post-partum, ha un ruolo chiave in questa fase.

■ **Cure post-partum e continuità assistenziale:** il Professor Kristina H. Haugaa sottolinea che l'assistenza post-partum è spesso frammentata e gestita solo dagli ostetrici. Un periodo più lungo di assistenza post-partum potrebbe ridurre il rischio Cv a lungo termine nelle donne con Apo. È **critica una comunicazione fluida tra i vari professionisti sanitari** (ostetrico, cardiologo, internista, **medico di famiglia**) e una gestione multidisciplinare degli Apos per la salute a lungo termine della donna. Il Mmg è il fulcro di questa comunicazione

e del follow-up a lungo termine.

Il Mmg deve quindi considerare la gravidanza non solo come un evento ostetrico, ma anche come un "test da stress" cardiovascolare che può rivelare o esacerbare condizioni preesistenti e influenzare la salute Cv futura della donna. La proattività nella consulenza pre-concezionale e nel follow-up post-partum è essenziale.

Salute mentale e malattie cardiovascolari: un approccio integrato

La prima dichiarazione di consenso clinico Esc del 2025 sulla salute mentale e le malattie cardiovascolari (Cvd) sottolinea un'interconnessione profonda e spesso trascurata tra queste due condizioni. Questo documento è di particolare interesse per il Mmg, che gestisce quotidianamente pazienti con entrambe le problematiche.

PUNTI SALIENTI PER IL MMG

■ **Relazione reciproca:** le persone con sintomi di condizioni di salute mentale e quelle con disturbi di salute mentale sono ad alto rischio di sviluppare Cvd. Allo stesso modo, i pazienti con Cvd spesso sperimentano condizioni di salute mentale, con un impatto sulla qualità della vita, l'aderenza al trattamento e la prognosi. La dichiarazione mira a evidenziare l'entità di questo impatto reciproco e come prevenirlo o minimizzarlo.

■ **Mancanza di consapevolezza:** attualmente, vi è una insufficiente consapevolezza tra i professionisti sanitari della prevalenza delle condizioni di salute mentale e del loro impatto sul rischio di Cvd, così come della prevalenza di queste condizioni nei pazienti con Cvd. Il Mmg può giocare un ruolo cruciale nel colmare questa lacuna.

■ **Approccio olistico e integrato:** il Professor Christi Deaton sottolinea che l'alto carico di Cvd e condizioni di salute mentale concomitanti richiede un **approccio olistico integrato** alla cura dei pazienti con Cvd, incorporando la valutazione e la gestione della salute mentale nella routine cardiologica.

■ **Nuovi modelli di cura e collaborazione:** vengono suggeriti nuovi modelli di cura e la creazione di **team psico-cardio** nelle unità di cura Cv ospedaliere e ambulatoriali, in collaborazione con professionisti della salute mentale, cure primarie (Mmg) e assistenza sociale.

■ **Principi Active per il Mmg:** Il documento propone un approccio pratico per rendere la cura più centrata sul paziente e integrata, seguendo i principi **Active:**

- **Acknowledge (Riconoscere):** riconoscere la potenziale comorbidità.
- **Check (Verificare):** verificare attivamente la presenza di problemi di salute mentale.
- (use validated) **Tools (Usare strumenti validati):** utilizzare strumenti di screening validati.
- **Implement (Implementare):** implementare interventi appropriati.
- **Venture (Avventurarsi):** collaborare con altri specialisti.
- **Evaluate (Valutare):** valutare continuamente l'efficacia delle cure.

■ **Gestione della Cvd in persone con malattie mentali gravi:** il documento affronta specificamente la gestione della Cvd in persone con malattie mentali gravi, coprendo questioni come lo stile di vita, i fattori di rischio indotti dai farmaci e le disparità nella gestione.

■ **Superare le barriere sistemiche:** esistono barriere sistemiche (stigma, stereotipi, pregiudizi, "diagnostic overshadowing" - attribuire erroneamente sintomi fisici a malattie psicologiche preesistenti) che portano a disuguaglianze

nell'assistenza Cv ricevuta da queste persone. Il Professor Héctor Bueno evidenzia che i professionisti sanitari devono essere consapevoli di questi problemi e affrontarli. Il Mmg, con la sua visione d'insieme del paziente e del contesto sociale, è in una posizione privilegiata per identificare e mitigare queste barriere.

■ **Centralità della prospettiva del paziente:** le esperienze vissute dai pazienti con Cvd e condizioni di salute mentale sono state centrali nella creazione del documento di consenso, sottolineando l'importanza di cambiare la pratica. Il Mmg dovrebbe sempre considerare il punto di vista del paziente per fornire cure più efficaci e umane.

Gestione delle dislipidemie

Le Linee Guida Esc/Eas del 2025 rappresentano un **aggiornamento mirato** del precedente documento del 2019 che **incorpora nuovi algoritmi di previsione del rischio** come Score2 e Score2-OP, e **nuovi modificatori del rischio**, tra cui l'aterosclerosi subclinica e livelli elevati di Lp(a). Inoltre, le linee guida introducono **nuove terapie per ridurre il colesterolo Ldl e i trigliceridi**, raccomandando acido bempedoico per pazienti intolleranti alle statine, evinacumab per l'ipercolesterolemia familiare omozigote, e icosapent etile/volanesorsen per ipertrigliceridemia. Viene anche enfatizzata una **riduzione intensiva e precoce del C-Ldl** per i pazienti con sindrome coronarica acuta, e sono fornite raccomandazioni specifiche per **popolazioni speciali** come persone con Hiv o pazienti oncologici. Infine, si sconsiglia l'uso di integratori e vitamine senza comprovata efficacia nel ridurre il rischio cardiovascolare.

Conclusioni e implicazioni pratiche per il Mmg

I recenti aggiornamenti delle Linee Guida Esc offrono al Medico di Medicina Generale strumenti e conoscenze fondamentali per migliorare la cura dei pazienti. La comprensione approfondita dei risultati del trial Option-Stemi permette una maggiore consapevolezza sulle strategie di rivascolarizzazione e sui rischi differenziati in base alla condizione clinica acuta del paziente. Le nuove Linee Guida su Cvd e gravidanza rafforzano il ruolo cruciale del Mmg nella consulenza pre-concezionale, nella valutazione del rischio tramite la classificazione mWho 2.0 e nella gestione a lungo termine del post-partum, sottolineando l'importanza del Pregnancy Heart Team e della comunicazione multidisciplinare. Infine, la prima dichiarazione di consenso su salute mentale e Cvd evidenzia la necessità di un approccio olistico e integrato, che riconosca l'interconnessione tra queste condizioni e sfidi le barriere sistemiche, promuovendo i principi Active e la collaborazione con team psico-cardio. L'aggiornamento sulla gestione delle dislipidemie offre un panorama esaustivo delle possibilità di intervento in relazione agli algoritmi di previsione del rischio e ai modificatori del rischio, alle nuove terapie per la riduzione del C-Ldl e dei trigliceridi per concludere con la gestione in popolazioni speciali.

Il Mmg, trovandosi in una posizione privilegiata per la continuità assistenziale e la conoscenza globale del paziente, è il pilastro per implementare queste raccomandazioni nella pratica quotidiana, garantendo una cura centrata sulla persona, una prevenzione efficace e una gestione ottimale delle malattie cardiovascolari in tutte le fasi della vita.