

M.D.

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

Anno XXXIII, numero 2 - 2026

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

IN QUESTO NUMERO

■ FOCUS ON 6

L'autunno della Medicina generale: carenza di Mmg e crisi di attrattività

■ OSSERVATORIO 9

Frequent attenders, la minoranza che satura gli studi dei medici di famiglia

■ A TU PER TU 22

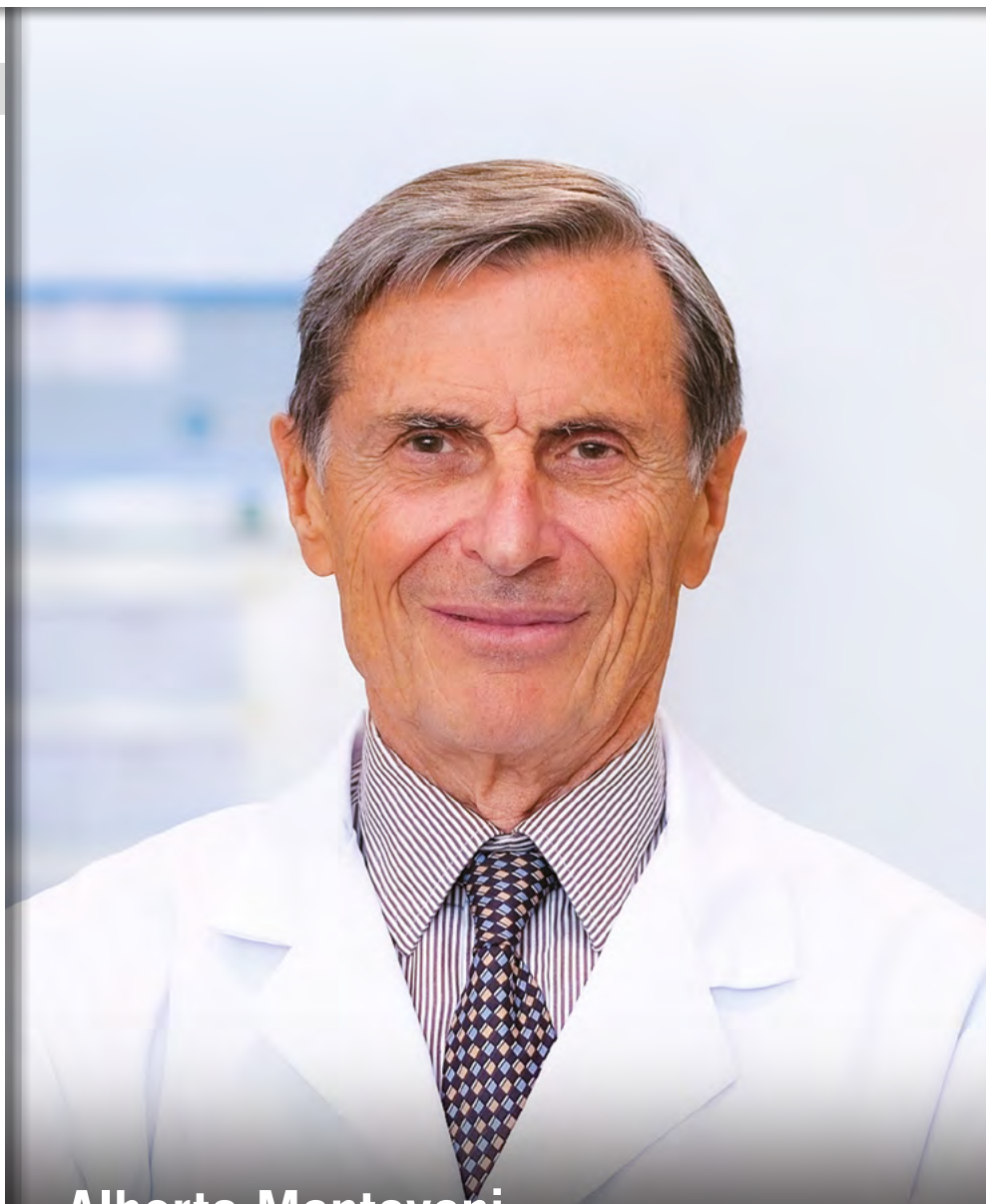
Nuova nota 01 Aifa, novità, criticità e come sfruttarla al meglio

■ CLINICA 30

Cuffia dei rotatori: perché la risonanza magnetica non è sempre la risposta



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



Alberto Mantovani

*Presidente di Fondazione Humanitas per la Ricerca
Professore Emerito di Humanitas University*

**Immunologia: così cambia la medicina
Le nuove frontiere della ricerca**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXIII numero 2 marzo 2026

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

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Advertising

Giancarlo Confalonieri
Luana De Stefano
Sara Simone

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 Delegato

Ludovico Baldessin

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

L'algoritmo e il medico: governare la convivenza 5

■ Focus on

L'autunno della Medicina generale:
carenza di Mmg e crisi di attrattività 6

■ Osservatorio

Frequent attenders, la minoranza
che satura gli studi dei medici di famiglia 9

■ Contrappunto

Le ombre dell'Accordo integrativo regionale dell'Emilia-Romagna 10

■ Riflettori

Rianimazione cardiopolmonare. Catena che salva vite 12

■ Relazione e cura

La Comunicazione nonviolenta che trasforma le relazioni 14

■ Letture

La salute come scelta consapevole e atto di solidarietà 17

CLINICA E TERAPIA

■ Intervista

Immunologia, la nuova grammatica della medicina 18

■ A tu per tu

Nuova nota 01 Aifa, novità, criticità e come sfruttarla al meglio 22

■ Management

Terapia dialitica. Non esiste solo l'emodialisi 26

■ Rassegna

Ictus embolico di origine indeterminata:
una particolare entità clinica in medicina cardiovascolare 28

■ Clinica

Cuffia dei rotatori: perché la risonanza magnetica
non è sempre la risposta 30



L'algoritmo e il medico: governare la convivenza

■ Anna Sgritto

Il dibattito sull'Intelligenza artificiale in sanità - rilanciato anche dalle riflessioni del segretario nazionale Fimmg, **Silvestro Scotti** su *La Stampa* - riguarda non solo l'adozione di nuove tecnologie, ma il modello di assistenza che il Paese intende costruire. In Italia, l'applicazione pratica di queste tecnologie è già in corso attraverso la sperimentazione **Mia**, promossa da **Agenas**. Il progetto coinvolge medici selezionati in tutte le Regioni e punta a testare il supporto diagnostico e il controllo terapeutico all'interno del Ssn.

L'AI offre opportunità rilevanti: secondo il Dossier Aifa, le applicazioni nella ricerca farmaceutica cresceranno del 40% entro il 2030, con potenziali benefici per diagnosi, ricerca e organizzazione dei servizi.

Accanto a queste prospettive, emerge però un rischio culturale ed epistemologico. Delegare alle macchine l'interpretazione di fenomeni clinici complessi può erodere le competenze semiotiche che costituiscono il nucleo della pratica medica. La Medicina non è solo elaborazione di dati, ma attribuzione di significato ai segni nell'incontro tra medico e paziente. Se questa relazione analogica viene progressivamente sostituita da un'intermediazione algoritmica, il rischio non riguarda solo la Medicina generale, ma la qualità democratica del sistema sanitario: è la sovranità del dato che si impone sulla libertà clinica, con pochi centri di potere a governare processi decisionali sempre più opachi.

La questione centrale non è quindi se utilizzare l'AI, ma come integrarla. Senza infrastrutture digitali adeguate e senza una governance pubblica chiara, l'innovazione rischia di ampliare le disuguaglianze. In un Ssn già segnato dalla carenza di medici di medicina generale e dalla riorganizzazione territoriale legata alle Cdc, la tentazione di trasferire alla tecnologia funzioni proprie della relazione di cura potrebbe diventare forte.

Eppure la Medicina generale resta uno dei principali presidi di fiducia del sistema: il luogo in cui cronicità, fragilità e incertezza clinica trovano una sintesi possibile. Delegare integralmente alle macchine l'interpretazione di questa complessità significherebbe rinunciare alla capacità di leggere segnali deboli, contestualizzare i dati e trasformare informazioni eterogenee in decisioni di cura. Restano i medici i traduttori umani di questa complessità, prima che lo diventino i codici.

L'AI può essere uno strumento prezioso, soprattutto per ridurre il carico burocratico e restituire ai professionisti la risorsa più scarsa: il tempo per i pazienti. Ma la responsabilità della cura resta umana. Governare la convivenza tra algoritmi e professionisti non significa frenare l'innovazione, ma orientarla affinché il futuro della sanità rimanga, prima di tutto, un futuro umano.



L'autunno della Medicina generale: carenza di Mmg e crisi di attrattività

Il recente report della Fondazione Gimbe scatta una fotografia impietosa del territorio: mancano oltre 5.700 medici di famiglia e il rapporto ottimale è ormai un miraggio in 18 Regioni. Tra pensionamenti di massa e borse di studio deserte, il Ssn rischia il collasso strutturale entro il 2028. Serve una riforma organica che superi la logica dei tamponi normativi

A cura di **Anna Sgritto**

Il pilastro su cui poggia l'intero **Servizio sanitario nazionale** sta cedendo. Non è più un allarme confinato alle zone montane o ai piccoli borghi rurali: la carenza dei medici di medicina generale (**Mmg**) è diventata un'emergenza urbana, sistemica e nazionale. I dati pubblicati il 17 marzo 2026 dalla **Fondazione Gimbe** descrivono una realtà che i professionisti sul campo denunciano da tempo, ma che ora assume i contorni di una crisi demografica e professionale senza precedenti.

In Italia mancano oltre 5.700 medici di famiglia. Tra il 2019 e il 2024, il contingente dei Mmg è diminuito di ben 5.197 unità, un'erosione costante che ha portato il numero totale dei medici convenzionati a quota 36.812. Il risultato? Sempre più cittadini - specialmente nelle Regioni più popolate - si scontrano con l'impossibilità di esercitare il diritto alla libera scelta, trovando ambulatori con le liste bloccate e massimali saturi. (Figura 1)

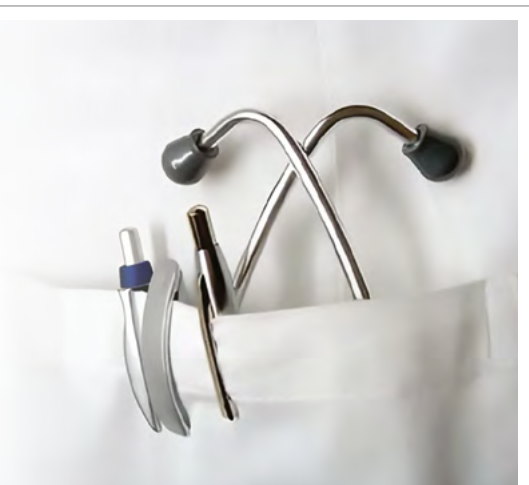
Le cause di questo dissesto non sono figlie della casualità, ma di una visione a breve termine che ha caratterizzato l'ultimo decennio. "La carenza dei medici di medicina generale - afferma **Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe** - è un problema ormai diffuso in tutte le Regioni e affonda le radici in una programmazione inadeguata, che per anni non ha garantito il necessario ricambio generazionale rispetto ai pensionamenti attesi. Inoltre, negli ultimi anni questa professione ha perso di attrattività e oggi sempre più cittadini faticano a trovare un medico di famiglia vicino a casa, con disagi crescenti e potenziali rischi per la salute, soprattutto per le persone anziane e per i pazienti più fragili".

Il paradosso demografico

Il dato più allarmante emerge dall'incrocio tra la forza lavoro medica e l'evoluzione della popolazione. Mentre i medici diminuiscono, l'Italia invecchia a ritmi accelerati. Nel 2025 gli over 65 hanno raggiunto la soglia dei 14,6 milioni; di questi, oltre la metà convive con due o più patologie croniche.

"I criteri per definire il numero massimo di assistiti - spiega il presidente della Fondazione Gimbe - non hanno mai tenuto conto dell'evoluzione demografica degli ultimi 40 anni. Un massimale di 1.500 assistiti, che poteva essere gestibile negli anni Novanta, oggi è insostenibile di fronte a una popolazione di anziani e grandi anziani che richiede tempi di cura, ascolto e gestione della multimorbidità molto più complessi".

Le proiezioni **Istat** non lasciano spazio all'ottimismo: entro il 2035 gli over 65 rappresenteranno il 30% della popolazione. Se il modello organizzativo non muta radicalmente, il carico di lavoro per il singolo Mmg diventerà incompatibile con la qualità dell'assistenza e, ancor prima, con la salute psicofisica del professionista stesso.



Con oltre un terzo dei medici di medicina generale prossimi al pensionamento e un numero insufficiente di nuovi ingressi, il rischio di abbandono della professione continua a crescere

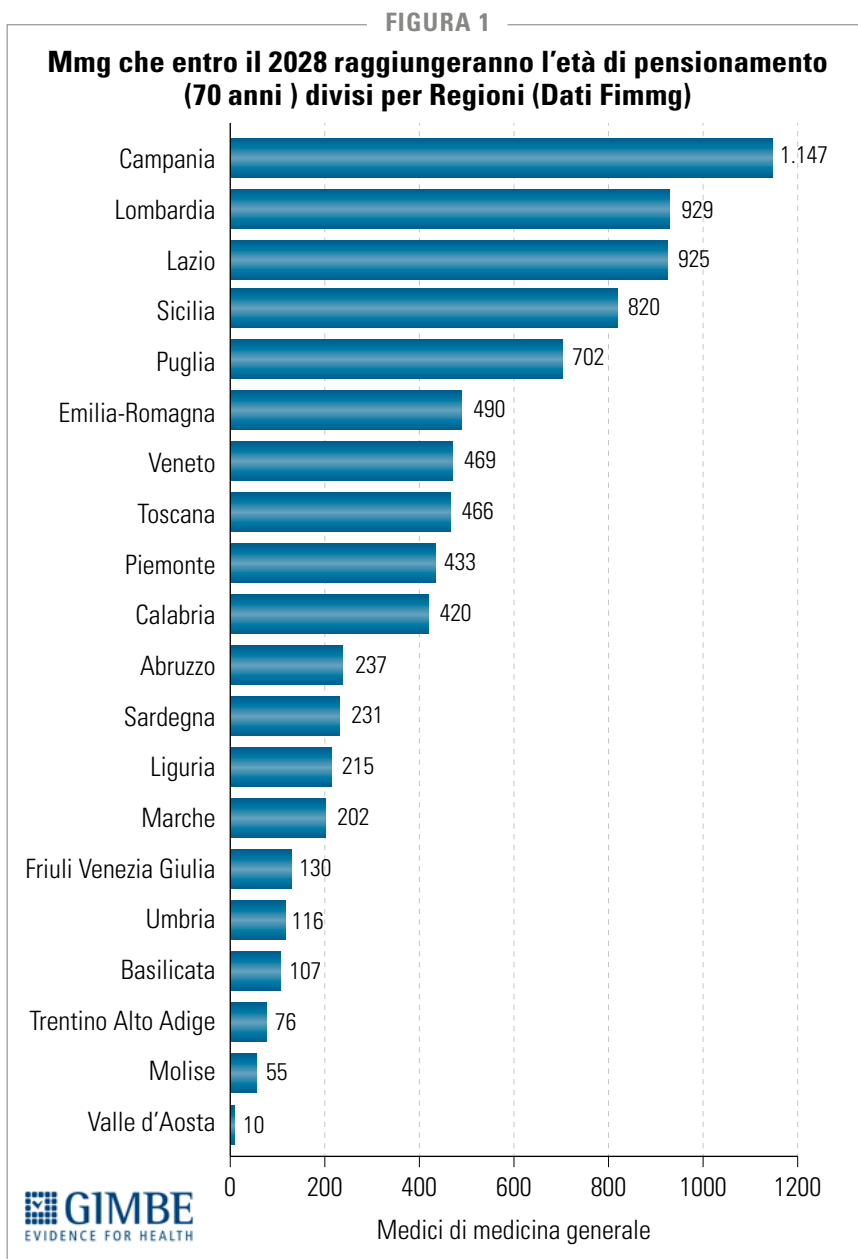
L'erosione della clinica

L'aumento del massimale a 1.500 (e spesso oltre, verso i 1.800 assistiti) non è solo un numero su un registro regionale, ma un fattore che altera profondamente l'atto medico. Oggi il Mmg si trova di fronte a una complessità assistenziale senza precedenti. La multimorbilità - la coesistenza di diabete, ipertensione, Bpco e magari un declino cognitivo incipiente nello stesso soggetto - richiede una sintesi clinica che non può essere compressa in pochi minuti di visita.

Quando il carico lavorativo diventa ingestibile, il primo elemento a soffrire è la prevenzione secondaria. Il medico, assorbito dalle urgenze burocratiche e dalla gestione delle acuzie, ha sempre meno spazio per il *counseling* sugli stili di vita o per il monitoraggio proattivo degli indicatori di salute. È il paradosso della medicina territoriale moderna: proprio quando la tecnologia ci offrirebbe strumenti di telemonitoraggio e diagnostica di primo livello, il fattore "tempo" diventa la risorsa più scarsa e preziosa.

La geografia della carenza

Al 1° gennaio 2025, la carenza di medici è distribuita in modo eterogeneo ma colpisce duramente le "locomotive" del Paese. La **Lombardia** guida la classifica negativa con un gap di 1.540 medici, seguita dal **Veneto** (-747) e dalla **Campania** (-643). Anche **Emilia-Romagna**, **Piemonte**, **Toscana** e **Lazio** mostrano ferite profonde nel tessuto dell'assistenza territoriale. Solo **Basilicata**, **Molise** e **Sicilia** sembrano, sulla carta, mantenere un equilibrio, sebbene le medie regionali possano nascondere "deserti sanitari" in specifiche aree interne.



Criticità del rapporto ottimale

Uno dei punti più critici sollevati dal report riguarda l'evoluzione normativa del rapporto ottimale. L'Acn sottoscritto a gennaio 2026 ha confermato l'innalzamento del parametro da un Mmg ogni 1.000 residenti a uno ogni 1.200. Questa decisione viene letta da Gimbe come un espediente contabile: aumen-

tando il denominatore, si riduce artificialmente il numero di zone carenti da mettere a bando. In parole povere, si alza l'asticella del disagio per evitare di dover dichiarare l'emergenza formale. Attualmente, la media nazionale è di 1.383 assistiti per medico, ma sono frequenti le deroghe che spingono i massimali verso quota 1.800 o addirittura 2.000, come accade nella Provincia autonoma di Bolzano.

2028: L'ANNO DEL GRANDE ESODO

L'orizzonte temporale più critico è il quadriennio 2025-2028. Secondo le rilevazioni della **Federazione medici territoriali (Fmt)**, in questo arco di tempo raggiungeranno il limite di età per la pensione ben 8.180 medici di famiglia. Il ricambio generazionale è, ad oggi, aritmeticamente impossibile.

Sebbene negli anni passati ci sia stato un incremento delle borse di studio (grazie ai **fondi del Pnrr** e al **Decreto Calabria**), il trend si è invertito. Nel 2025 le borse sono scese a 2.228, con un calo del 15,1% rispetto all'anno precedente. Ma il problema non è solo il numero di posti messi a bando: è l'appetibilità della Disciplina. In diverse Regioni, tra cui Valle d'Aosta, Marche e Piemonte, il numero di candidati è stato ampiamente inferiore ai posti disponibili. "Questa spia rossa - avverte Cartabellotta - segnala il progressivo calo di attrattività della professione. I giovani medici fuggono dal territorio, spaventati da carichi burocratici asfissianti, solitudine professionale e tutele sociali inferiori rispetto ai colleghi ospedalieri dipendenti".

Il nodo della formazione

Un capitolo decisivo della crisi riguarda il percorso formativo. L'analisi evidenzia che quasi il 20% dei vincitori di borsa lascia il percorso prima del termine, spesso attratto dalle scuole di specializzazione universitaria che offrono tutele previdenziali migliori e uno status accademico superiore.

La Medicina generale in Italia sconta ancora un ritardo culturale: è l'unica disciplina medica di tale rilevanza a non avere una dignità accademica piena. Mentre nel resto d'Europa esistono cat-

tedre di *Family Medicine* che producono ricerca, in Italia il settore rimane in un limbo formativo tra Regioni e Ministero. Questa mancanza di una casa comune nelle università contribuisce alla perdita di attrattività per i giovani neolaureati, che percepiscono la medicina territoriale come una scelta di serie B.

LA SOLITUDINE DEL MEDICO E IL BURNOUT

Il peso dei 5.700 posti vacanti ricade interamente sulle spalle di chi resta. La distribuzione dei pazienti "orfani" sui medici già in servizio sta portando a livelli di stress lavoro-correlato mai visti prima. Il fenomeno del *burnout* tra i Mmg è in crescita esponenziale: molti medici scelgono il pensionamento anticipato non per anzianità anagrafica, ma per sfinimento professionale. La solitudine del medico nel proprio studio, senza il supporto di personale infermieristico o amministrativo strutturato, rende la gestione della convenzione una sfida quotidiana.

Digitalizzazione: opportunità o ulteriore fardello?

La promessa di una sanità digitale che dovrebbe snellire il lavoro si scontra spesso con *software* non interoperabili, piattaforme regionali che non comunicano tra loro e la necessità di inserire gli stessi dati in più database.

La digitalizzazione, se non supportata da una visione d'insieme, rischia di trasformarsi in una burocrazia 2.0. Il medico di famiglia spende oggi una parte rilevante della giornata davanti a uno schermo per inserire codici di esenzione, certificati Inps e piani terapeutici, sottraendo sguardi e attenzione al paziente. Senza un reale investimento nell'informatizzazione delle Case di comunità, la

carezza di personale medico non potrà essere compensata da alcun algoritmo.

Le soluzioni tampone

Per rispondere alla crisi, Governo e Regioni hanno adottato soluzioni tampone: innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni e possibilità per i tirocinanti di assumere fino a 1.000 scelte. Tuttavia, queste misure non risolvono il problema, lo spostano solo più in avanti. Le principali sigle rappresentative della categoria sollecitano da tempo un potenziamento strutturale che permetta al Mmg di operare come un *hub* di diagnostica di primo livello sul territorio, con:

- 1 **Personale di studio garantito:** segreteria e infermieri come standard.
- 2 **Diagnostica di primo livello:** ecografi ed **Ecg** per ridurre il ricorso alla specialistica.
- 3 **Semplificazione reale:** un taglio netto ai certificati inutili.

Serve una riforma coraggiosa

La scadenza del 30 giugno 2026 per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale si avvicina, ma la rotta non è ancora chiara. La Medicina generale ha bisogno di una riforma organica che parta dalla formazione e arrivi a un nuovo modello di esercizio professionale, basato sulla multiprofessionalità.

Il 2028 è dietro l'angolo. Se la politica non avrà il coraggio di una riforma che superi le logiche emergenziali, il rischio è di trovarci con un sistema sanitario a due velocità.

"Mentre si moltiplicano in modo disordinato le norme - evidenzia Cartabellotta - cresce il numero di persone senza medico di famiglia. È una condizione che mina le basi stesse del patto sociale tra Stato e cittadini".



Frequent attenders, la minoranza che satura gli studi dei medici di famiglia

Una revisione europea su Family practice evidenzia come una ristretta platea di assistiti ad alta frequenza assorba un quarto dell'attività del medico di famiglia, creando una pressione assistenziale insostenibile per la medicina territoriale

Elisabetta Torretta

Il fenomeno dei **frequent attenders**, definiti come pazienti che ricorrono ai servizi di Medicina generale (Mg) in modo ricorrente o senza una motivazione clinica razionale rappresenta una delle criticità più rilevanti per la medicina territoriale europea. Sebbene questi pazienti rappresentino una minoranza della popolazione (circa il 10-15%), essi monopolizzano il 25% del carico di lavoro complessivo, venendo visitati con una frequenza dieci volte superiore rispetto ai pazienti comuni. Questa sproporzione genera una serie di difficoltà sistemiche e professionali per il medico di medicina generale.

Pressione assistenziale e burnout

La criticità primaria per il Mmg è l'aumento della pressione assistenziale, esacerbata da carichi di lavoro elevati e risorse limitate. Il tempo dedicato ai *frequent attenders* riduce la disponibilità per gli altri pazienti e abbassa la qualità percepita dell'assistenza. Questa condizione porta spesso i medici a provare sentimenti di stress, insoddisfazione e un senso di non autorealizzazione professionale, che sono precursori diretti del *burnout*. Il persistere di questo

stress aumenta il rischio di conflitti clinici e insoddisfazione lavorativa.

La sfida del paziente difficile

Una criticità relazionale significativa emerge quando le richieste dei pazienti superano le norme attese: i medici tendono a etichettare questi soggetti come "pazienti difficili". Questo stigma può influenzare negativamente il processo diagnostico. Le fonti evidenziano inoltre l'esistenza di pregiudizi di genere: le donne, che costituiscono la maggioranza dei *frequent attenders*, sono più spesso percepite come pazienti complesse e soggette a sovramedicazione per diagnosi di somatizzazione, mentre negli uomini le aspettative sociali legate all'idea di "doversi mostrare forti" rendono spesso più difficile chiedere aiuto medico, con il risultato di diagnosi più tardive.

Il Mmg si trova a dover gestire pazienti con un profilo clinico estremamente complesso, caratterizzato dalla coesistenza di malattie croniche. Depressione, ansia e somatizzazione sono diagnosi ricorrenti che richiedono tempi di consultazione più lunghi e una preparazione multidisciplinare. Di frequente, dietro l'iperfrequentazio-

ne si nascondono fattori psicosociali come isolamento, disfunzioni sociali o eventi di vita stressanti, che il medico deve affrontare pur operando in un sistema che spesso non fornisce strumenti di valutazione quantitativa per questi aspetti.

Impatti economici e organizzativi

Infine, il Mmg deve gestire l'impatto economico delle proprie decisioni cliniche in un contesto di risorse finite. I *frequent attenders* generano costi cinque volte superiori per le prescrizioni e sono responsabili di una quota di spese sanitarie evitabili stimata tra il 60% e il 65%. La sfida per il Mmg è dunque etica e organizzativa: identificare precocemente il profilo del *frequent attender* per implementare interventi mirati che mantengano l'accessibilità e la qualità delle cure senza discriminazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Sánchez-Gómez D, et al. Profile of European frequent attenders in primary health care: a systematic review and meta-analysis. *Family Practice* 2025. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmef046>.

Le ombre dell'Accordo integrativo regionale dell'Emilia-Romagna

L'intesa regionale per la Medicina generale viene presentata come un cambio di passo, ma tra i professionisti del territorio prevale la cautela. L'estensione delle fasce di disponibilità e i nuovi modelli organizzativi sollevano dubbi su un possibile aumento degli oneri amministrativi e su una progressiva standardizzazione dell'attività clinica

Alessandro Chiari - *Segretario generale Fismu Emilia-Romagna*

Dopo anni di attesa, la Regione Emilia-Romagna e le principali Organizzazioni sindacali della Medicina generale hanno siglato l'Accordo integrativo regionale (Air). Il documento, che punta a ridisegnare l'assistenza territoriale entro il prossimo biennio, introduce una riorganizzazione profonda della medicina territoriale. Sbandierata come qualcosa di assolutamente rivoluzionario e futurista, l'intesa prevede infatti nuove regole sull'organizzazione del lavoro dei medici di famiglia, sulla continuità assistenziale e sulle opportunità dei servizi territoriali, ma da parte di noi "addetti ai lavori", non si possono evitare critiche e perplessità perché in realtà tutto ciò che l'accordo sbandiera è tutto da realizzare e da progettare attraverso la serie degli accordi locali.

Appena abbiamo avuto per le mani questo esteso documento ci siamo resi conto che i contenuti per i Mmg saranno di difficile digeribilità. **Vincenzo Immordino**, il collega che ha firmato per **Fmt (Federazione medici territoriali)**, ha espresso le proprie perplessità in una nota a verbale che condividiamo con molta preoccupazione. Vero è che l'accordo era vacante dal 2005 e che tutto ciò che è successo da allora è sempre stato firmato anche dal sotto-

scritto ed è anche vero che si è sempre puntato su scommesse sugli Mmg che sono costantemente state vinte, ma questa volta mi sembra di spostarci verso una serie di visioni che ci sembrano più uno slogan gigantesco che una realtà facilmente realizzabile. Qui c'è tutto da inventarsi, tutto da progettare, tutto da scrivere e i tavoli sindacali locali saranno assolutamente carenti e non sarà affatto facile tramutare i pensieri in azioni. Certamente la Regione ha raggiunto i suoi obiettivi politici di fissare dei punti e delle strutture di alta visibilità politica ma crea perplessità circa una vera e reale efficacia assistenziale.

Ruoli diversificati

Crea molta perplessità come attuare realmente le due differenti vie che si prospettano come scelta professionale e lavorativa ai Mmg: da una parte il **ruolo unico**, con tutte le criticità intrinseche che tale modello sottende, in antitesi ai Mmg che manterranno il rapporto convenzionale a ciclo di scelta.

L'opzione del ruolo unico, pur offrendo prospettive remunerative superiori, configura una sorta di parassubordinazione atipica che desta preoccupazione: il rischio concreto è un incremento dei carichi assi-

stenziali e, soprattutto, degli oneri burocratici, con l'aggravante dell'irreversibilità della scelta. Questa modalità, obbligatoria per i nuovi convenzionati, impatterà prioritariamente sulle future leve - qualora il sistema riesca a garantirne il reclutamento - piuttosto che sui colleghi con maggiore anzianità di servizio. Per questi ultimi, specialmente se prossimi al trattamento pensionistico o limitati da condizioni di salute, il mantenimento del rapporto a ciclo di scelta diverrà un percorso quasi obbligato per evitare un impegno lavorativo non più sostenibile.

La crisi del rapporto fiduciario

Le Case della Comunità (CdC), presentate come l'evoluzione delle Case della Salute, appaiono in realtà più come un'operazione di *restyling* d'immagine politica che come una reale progressione assistenziale. Il rischio concreto è lo scivolamento dal tradizionale rapporto medico-paziente a un più impersonale legame paziente-struttura, minando alla base quel rapporto fiduciario che storicamente rappresenta il valore aggiunto del nostro sistema sanitario. Questo mutamento di paradigma segna il tramonto della figura del medico di famiglia per come l'abbiamo conosciuta, depotenziando la li-



bera imprenditorialità del professionista: una forza che, proprio durante la pandemia, si è rivelata indispensabile per la tenuta del territorio, spesso a fronte del sacrificio estremo di molti colleghi. Negli ultimi anni, tuttavia, la qualità del lavoro ha subito un netto deterioramento: il Mmg è stato relegato al ruolo di “sceriffo del territorio”, chiamato a gestire la scarsità delle risorse tra concessioni e dinieghi. È in questa distorsione del ruolo clinico che affondano le radici i crescenti conflitti con l’utenza e l’inaccettabile *escalation* di aggressioni negli ambulatori.

L'accordo in pillole

L'ipotesi dell'Air prevede una revisione del nomenclatore tariffario a partire dal 01.10.2026 (o, in alternativa, dal 01.01.2027), con nuovi parametri per l'assistenza domiciliare (Adi e Adp), le prestazioni orarie, le medicazioni e i servizi accessori. Un punto di rilievo riguarda il ripristino dello *status quo* operativo per i giorni prefestivi, annullando le disposizioni precedenti.

Il piano economico introduce inoltre:

- **Incentivazione strutturale:** Incrementi per l'adesione alle Case di Comunità e l'istituzione di un fondo dedicato alle Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) per sostenere l'estensione oraria negli studi di medicina di gruppo dotati di personale infermieristico e di segreteria.

zionali territoriali) per sostenere l'estensione oraria negli studi di medicina di gruppo dotati di personale infermieristico e di segreteria.

- **Premialità di sistema:** Indennità per l'abbattimento del debito informatico, la compilazione del Pss (Piano socio-sanitario), il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la presa in carico delle cronicità.

Tuttavia, l'erogazione di tali risorse non sarà incondizionata: l'intero impianto è vincolato a indici di produttività estremamente rigorosi, che condizionano la reale sostenibilità economica dell'accordo per il singolo professionista.

L'illusione della produttività

Secondo il progetto regionale, le équipes di Aft dovrebbero garantire l'accessibilità agli studi medici fino a 12 ore al giorno, indipendentemente dalla sede fisica del professionista. Il fulcro di questo potenziamento è il modello delle Unità complesse di cure primarie: forme organizzative multiprofessionali integrate nelle Case di Comunità, dove Mmg, pediatri, specialisti, infermieri e assistenti sociali collaborano per gestire bisogni di salute complessi.

L'obiettivo dichiarato è favorire l'integrazione con la rete aziendale, atti-

vando ambulatori ad accesso diretto per le urgenze minori e interfacciandosi con la centrale 116-117. In questo scenario, i Cau (Centri assistenza urgenza) verrebbero rinominati “Ambulatori di Aft della Medicina generale”, mantenendo l'attuale dotazione tecnologica per le prestazioni urgenti non differibili, con modelli dedicati anche per le aree disagiate. Tuttavia, dietro questa facciata organizzativa, si scorge il consueto sistema di incentivazione legato alla massificazione della prestazione: un incremento reddituale vincolato esclusivamente all'aspirazione dei carichi di lavoro. Quella “cravatta” che già oggi sentiamo stringere, rischia di trasformarsi in un cappio con un nodo scorsoio sempre più stretto, su uno sgabello precario che ci consegna definitivamente alle ganasce delle aziende.

Sorgono dubbi legittimi su queste catene produttive di fordiana memoria, che richiamano aforismi sinistri sulla libertà attraverso il lavoro. Come cantava **Demetrio Stratos** con gli **Area**: “L'estetica del lavoro è lo spettacolo della merce umana”. Una merce che, in questo nuovo assetto, sembra aver smarrito la propria autonomia intellettuale e clinica in favore della catena di montaggio sanitaria.

LE ISTITUZIONI: “UNA RIFORMA STRUTTURALE PER IL TERRITORIO”

Mentre il sindacato (Fmt) esprime preoccupazione, la Regione difende l'impianto dell'accordo definendolo un passo avanti necessario per l'omogeneità delle cure e la tutela dei professionisti. Qui di seguito, i punti salienti dell'intervento di **Massimo Fabi, direttore generale e coordinatore della rete ospedaliera regionale**, incaricato dalla Regione alla trattativa: “Con questo atto vengono ridisegnate le fondamentali organizzative, strutturali e operative del medico di assistenza primaria, figura che riveste un ruolo prezioso e insostituibile nel nostro sistema sanitario. Promuoviamo la condivisione di spazi, competenze e professionisti, rafforzando gli standard regionali per garantire equità su tutto il territorio. Sarà assicurata una presa in carico multidisciplinare e integrata,

grazie alle équipes multiprofessionali operative nelle CdC i cittadini potranno accedere agli studi medici delle Aft fino a 12 ore al giorno, per cinque giorni a settimana, con un potenziamento specifico per la gestione delle cronicità.

Siamo inoltre molto soddisfatti per il rafforzamento delle tutele destinate ai professionisti: l'accordo introduce misure concrete per favorire la conciliazione tra vita e lavoro e garantire diritti fondamentali, a partire dalla genitorialità. È un traguardo che non esitiamo a definire storico: migliorerà la salute pubblica e la qualità del lavoro medico. Un ringraziamento va a tutte le **Organizzazioni sindacali** per il lavoro complesso, a tratti impervio, ma sempre orientato al bene comune”.

Rianimazione cardiopolmonare

Catena che salva vite

Nell'arresto cardiaco ogni minuto conta. Il riconoscimento precoce, le compressioni toraciche efficaci e la defibrillazione tempestiva possono fare la differenza sulla sopravvivenza e sull'esito neurologico. Formare cittadini e Mmg alle manovre di rianimazione di base e all'uso del defibrillatore semiautomatico esterno e garantire la presenza di Dae funzionanti sul territorio significa portare il primo soccorso vicino alla persona, rafforzando la risposta della comunità e della Medicina generale

Giuseppe Maso*

Le raccomandazioni internazionali più recenti ribadiscono che l'efficacia della rianimazione dipende *in primis* da: riconoscimento precoce, attivazione dei soccorsi, compressioni di alta qualità e defibrillazione tempestiva quando indicata. La defibrillazione precoce nei ritmi defibrillabili è particolarmente associata a sopravvivenza con buon esito neurologico. L'arresto cardiaco richiede una risposta immediata: compressioni efficaci e defibrillazione precoce, quando indicata, salvano vite.

L'esperienza della comunità (come quella dei tassisti formati) mostra che la tempestività può essere portata sul luogo dell'evento anche prima dei soccorsi avanzati. In sanità territoriale e in Medicina generale questo si traduce in una scelta organizzativa: diffondere competenze Blsd (*Basic life support and defibrillation*) e garantire un Dae (defibrillatore semiautomatico esterno) funzionante in ogni sede di aggregazione. È un investimento di sicurezza, cultura sanitaria e salute pubblica.

La Rianimazione cardiopolmonare (Rcp) non è una competenza di nicchia: è una sequenza di manovre essenziali che deve diventare patrimonio diffuso. La letteratura internazionale mostra come la disponibilità e soprattutto l'accessibilità reale del **Dae** (orari, collocazione, fruibilità) sia determinante per la defibrillazione da parte degli astanti e per la sopravvivenza. In particolare, quando un **Dae** vicino è anche accessibile al momento dell'evento, aumentano significativamente la probabilità di *shock* da parte del soccorritore e la sopravvivenza a 30 giorni.

Un esempio

Nel contesto urbano, dove traffico e tempi di percorrenza possono ritardare l'arrivo dei mezzi avanzati, iniziative di *First responders* laici hanno un ruolo complementare al sistema 118. A Roma, il progetto "Corsa contro il tempo", promosso dall'associazione "Taxi Roma Capitale", ha portato alla formazione Blsd di numerosi tassisti e all'installazione di Dae su una quota rilevante dei mezzi; la rete utilizza strumenti di coordinamento per indirizzare il taxi più vicino sul luogo dell'evento. Dal 22 dicembre 2025

l'associazione si è costituita come Centro di formazione Blsd accreditato da Ares 118, rafforzando la capacità di estendere la formazione alla cittadinanza.

Il punto chiave per la Medicina generale

La Medicina generale è un crocevia tra comunità e sistema sanitario: intercetta popolazioni anziane, pluripatologiche e spesso ad alto rischio cardiovascolare. Gli studi associati e le sedi di aggregazione (Aft/Uccp, poliambulatori, Case di Comunità) sono luoghi dove un arresto cardiaco può verificarsi durante l'attesa, una visita o attività di prevenzione. In questi contesti, la capacità di riconoscere rapidamente l'arresto, iniziare compressioni efficaci e utilizzare un Dae prima dell'arrivo del 112/118 è un'estensione naturale della presa in carico e della sicurezza delle cure.

Standardizzare la presenza di un Dae funzionante in ogni sede di aggregazione di Mmg risponde a quattro esigenze:

1. Sicurezza dei pazienti e degli operatori.
2. Coerenza con la catena della sopravvivenza.

* Responsabile nazionale area Geriatria e Medicina interna Siicp. *Italian journal of primary care editor in chief*. Specialista in Medicina interna, specialista in Nefrologia - Venezia

3. Riduzione dei tempi al primo shock, fattore prognostico cruciale.

4. Valore di presidio per la comunità, poiché un Dae in un luogo riconoscibile può essere utilizzato anche per eventi extra-muros con il supporto del dispatcher e delle reti di *First responders*.

Esperienze in ambiti ad alta affluenza (ad esempio strutture ricreative) mostrano che disponibilità e utilizzo del Dae da parte dei presenti possono associarsi a migliori esiti. Un'attenzione specifica merita la disponibilità del Dae anche nelle residenze per anziani e nelle strutture socio-assistenziali (Rsa, Case di riposo). In questi contesti l'incidenza di Ohca, ovvero di arresto cardiaco extra-ospedaliero è rilevante e gli esiti restano generalmente sfavorevoli.

Un ampio studio di registro svedese su soggetti di età pari o superiore a 65 anni ha documentato oltre 3.000 arresti cardiaci in *Nursing homes*, con sopravvivenza a 30 giorni complessiva intorno al 4%. Studi osservazionali in residenze

assistite hanno inoltre evidenziato una sopravvivenza inferiore rispetto ad altri *setting*, mentre contributi su riviste indicizzate sottolineano la necessità di standardizzare procedure e dotazioni - inclusi formazione del personale e accesso rapido alla defibrillazione - nelle *Nursing facilities*. L'estensione del paradigma "Dae sempre pronto" alle Rsa è coerente con la logica dei *setting* ad alta vulnerabilità e può facilitare anche una pianificazione anticipata e condivisa delle scelte di fine vita.

Proposte operative

- **Mappare** tutte le sedi di Mmg e verificarne dotazione, collocazione, registrazione su *database/app* regionali e manutenzione programmata del Dae.
- **Formalizzare** protocolli interni: chi chiama il 112/118, chi inizia Rcp, chi reperisce e applica il Dae, chi accoglie i soccorsi.
- **Garantire** *refresh* formativi periodici Blsd (almeno annuali) per medici, infermieri e personale di studio.

- **Integrare** le sedi nei percorsi di *Dispatcher-assisted cpr* (assistenza alla Rcp da remoto) e nei programmi locali di *First responders*.

- **Promuovere** corsi di comunità (cittadini, *caregiver*, scuole) in sinergia con centri di formazione accreditati.

Conclusioni

L'arresto cardiaco richiede una risposta immediata: compressioni efficaci e defibrillazione precoce, quando indicata, salvano vite. L'esperienza della comunità (come quella dei tassisti formati) mostra che la tempestività può essere "portata" sul luogo dell'evento anche prima dei soccorsi avanzati. In sanità territoriale e in medicina generale questo si traduce in una scelta organizzativa: diffondere competenze Blsd e garantire un Dae funzionante in ogni sede di aggregazione. È un investimento di sicurezza, cultura sanitaria e salute pubblica.

Bibliografia disponibile a richiesta

LA CORNICE NORMATIVA E LE AGEVOLAZIONI PER IL MMG

A cura della Redazione

L'appello alla formazione e alla dotazione di strumenti rianimatori espresso nell'articolo del dottor **Maso** trova oggi un solido supporto nella **Legge n. 116 del 4 agosto 2021**. Questa norma ha segnato una svolta nel coordinamento dei soccorsi sul territorio, introducendo facilitazioni cruciali per la diffusione dei Dae.

I punti chiave della Legge 116/2021:

- **Usò libero del Dae:** La legge stabilisce che, in assenza di personale sanitario o di soggetti formati, chiunque è autorizzato a utilizzare il defibrillatore semiautomatico o automatico in caso di sospetto arresto cardiaco. L'azione è protetta dall'esimente della responsabilità (Art. 54 del Codice penale).
- **Integrazione digitale:** Viene resa obbligatoria la geolocalizzazione dei **Dae** e la loro registrazione presso le

centrali operative del 118, permettendo ai soccorritori di ricevere istruzioni pre-arrivo (*Dispatcher-assisted cpr*) e indicazioni sul dispositivo più vicino.

Supporto economico all'acquisto: Per incentivare la cardio-protezione degli studi medici e delle sedi di aggregazione della Medicina generale, il legislatore ha previsto specifiche agevolazioni:

- **Iva agevolata al 5%:** Una riduzione fiscale significativa rispetto all'aliquota ordinaria, applicabile all'acquisto di defibrillatori e relativi componenti.
- **Incentivi e Crediti d'imposta:** Sono previste forme di defiscalizzazione per le realtà associative e professionali che investono nella sicurezza dei propri locali, rendendo l'acquisto di un Dae per la propria Aft o Uccp un investimento sostenibile e necessario per la sicurezza delle cure.



La Comunicazione nonviolenta che trasforma le relazioni

Pratica che si sta diffondendo nel mondo come strumento di comprensione e comunicazione, può essere risorsa preziosa anche in ambito medico. Ne abbiamo parlato con Giacomo Poleschi, Formatore certificato in Comunicazione nonviolenta noto a livello nazionale e internazionale

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

Non sempre è facile capirsi, anzi. Delle volte si parte da posizioni diverse e si rimane abbarbicati nei pregiudizi, nel non detto, nelle credenze e nelle paure, certi che l'altro non potrebbe capire. Situazioni senza apparente via d'uscita, ma che invece possono trovare una strada nell'imparare a esprimere i propri sentimenti e bisogni in modo chiaro e rispettoso e a comunicarli in modo aperto e onesto, riconoscendo riflessa nell'altro la nostra stessa umanità. È su queste corde che si muove la pratica della Comunicazione nonviolenta (Cnv), che invita a usare le parole e l'ascolto in maniera da aprire porte, abbassare le difese e la competizione, sviluppare l'empatia e la pace, nella vita privata e professionale. Anche nello studio del medico. Abbiamo chiesto a **Giacomo Poleschi**, Formatore certificato in Comunicazione nonviolenta, di spiegare per *M.D.* di cosa si tratta e come si traduce nella pratica quotidiana.

1 Cos'è la Cnv?

Sviluppata dal Dr. **Marshall Rosenberg**, si tratta innanzitutto di una pratica che ci aiuta a portare alla luce il nostro mo-

do abituale di comunicare: un linguaggio spesso ricco di giudizi moralistici, etichette, pretese e automatismi che, anche senza intenzione, finisce per allontanarci da noi stessi, dagli altri e dalla vitalità delle relazioni.

Siamo stati educati così, immersi fin da piccoli in modelli linguistici e culturali che privilegiano il giudizio, la colpa, la punizione e il premio. Secondo alcuni studiosi, ci educiamo a questo linguaggio e modo di pensare da circa 8000 anni, da quando si sono sviluppate le prime "società di dominazione". Questo modo di pensare è alla radice della violenza tra gli esseri umani. Non solo: una delle conseguenze più impattanti e non immediatamente evidenti di questa modalità, è che nega la responsabilità delle nostre azioni e dei nostri sentimenti. Quando diciamo per esempio "devo andare a lavorare" o "tu mi fai stare male", stiamo inconsapevolmente attribuendo a qualcosa di esterno la responsabilità di ciò che ci accade, togliendola a noi, insieme al potere delle nostre scelte.

La Cnv, in questo senso, non introduce qualcosa di artificiale, ma **ci accom-**

pagna a ritrovare un movimento interiore originario: una qualità di presenza e di espressione, naturale per gli esseri umani, orientata alla **connessione** e alla **cura reciproca**. Ci invita a riconoscere i nostri consueti schemi "alienanti" e a trasformarli, spostando la nostra attenzione da ciò che è "giusto o sbagliato" a ciò che è vivo dentro di noi: i bisogni, i valori e le emozioni che si muovono e a come rendere la vita più bella per noi e gli altri.

Diventa così uno strumento concreto per esprimerci con maggiore chiarezza e autenticità e per ascoltare l'altro senza difenderci o attaccare. Lo scopo è quello di aiutarci a stabilire una certa qualità di connessione con noi stessi e con gli altri, così da rendere più probabile che si manifesti il nostro naturale desiderio di contribuire alla vita.

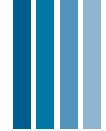
Non è solo una pratica comunicativa individuale, è anche un invito più ampio a orientare il modo in cui costruiamo relazioni e sistemi attraverso i quali ci educiamo. La Cnv propone infatti di creare contesti - nelle organizzazioni, nei *team*, nelle istituzioni - che siano allineati a questi principi, dove le decisioni tengano conto dei bisogni di tutti e dove il potere sia esercitato in modo responsabile e collaborativo. In questo senso, la Cnv non è solo un modo di comunicare, ma un modo diverso di stare al mondo.

2 Su che principi si basa?

Alla base della Cnv di Marshall Rosenberg c'è una certa visione dell'essere umano che si basa su alcuni **assunti**



Giacomo Poleschi si occupa di formazione, sviluppo personale e facilitazione, mediazione dei conflitti. La sua passione è "vivere la Cnv" e sostenere persone e gruppi a coltivare connessione, fiducia e competenze utili per vivere i propri valori con se stessi e con gli altri. Dal 2015 condivide la Cnv in Italia e all'estero come formatore con il Centro Internazionale per la Comunicazione Nonviolenta - cnvc.org - giacomopoleschi.com



(tabella 1): un **primo assunto** è che **gli esseri umani sono orientati naturalmente alla cooperazione**.

Quando rendiamo la nostra vita o quella degli altri più bella e ci sentiamo liberi di farlo, proviamo naturalmente piacere, siamo nutriti nel nostro profondo. Quando agiamo in modo aggressivo, difensivo o chiuso, non è perché "siamo fatti così", è solo che mettiamo in atto ciò che abbiamo imparato a fare, e stiamo cercando, molto spesso inconsapevolmente e sovente in modo inefficace, di soddisfare i nostri bisogni.

Da qui un **secondo punto: ogni comportamento è un tentativo di soddisfare un nostro bisogno**, anche quelli che giudichiamo problematici, dannosi o violenti. Questo non significa giustificare, ma spostare lo sguardo, dal giudizio sulla persona alla comprensione del movimento interno. Vogliamo avere chiara la distinzione tra i nostri bisogni (energia vitale che ci muove), da ciò che mettiamo in atto per prendercene cura (le strategie che utilizziamo).

Un **terzo assunto** è che **gli esseri umani condividono tutti gli stessi bisogni** mentre le strategie per soddisfarli sono molteplici e spesso in conflitto. Due persone sperimentano un conflitto non perché abbiano bisogni diversi, ma perché stanno cercando di soddisfare i propri bisogni di cui spesso sono inconsapevoli (per esempio collaborazione o sicurezza) attraverso strategie incompatibili. Nella nostra cultura siamo abituati a mettere l'attenzione sulle strategie e non sui bisogni.

Un **quarto elemento** riguarda **le emozioni**, che **sono segnali, non problemi**. In questo senso sono tutte preziose, quelle piacevoli e quelle spiacevoli e ci indicano se i nostri bisogni sono soddisfatti o meno. Nella prospettiva della Cnv la responsabilità dei propri sentimenti torna alla persona: non "mi fai arrabbiare" o "mi sento arrabbiato perché tu..", ma "*mi sento arrabbiato perché in questa situazione io ho qualcosa di importante che per me non è soddisfatto*", ad esempio un bisogno di attenzione.

Infine, c'è un **assunto relazionale**: la

TABELLA 1

Assunti sull'essere umano secondo M. Rosenberg

1. Gli esseri umani sono orientati naturalmente alla cooperazione, non alla distruttività
2. Ogni comportamento è un tentativo di soddisfare un bisogno
3. Gli esseri umani condividono tutti gli stessi bisogni
4. Le emozioni sono segnali, non problemi
5. Quando le persone si sentono comprese a livello dei propri bisogni, diventano più disponibili a cercare soluzioni che tengano conto anche dell'altro

connessione empatica è una risorsa primaria. **Quando le persone si sentono comprese a livello dei propri bisogni, diventano più disponibili a cercare soluzioni che tengano conto anche dell'altro.**

Nella Cnv l'essere umano non è visto come qualcuno da educare o controllare, ma come qualcuno da comprendere a livello di bisogni, perché è lì che diventa possibile il cambiamento. Quando riusciamo a comprendere i nostri bisogni e quelli degli altri, diventa possibile trovare strategie che tengono in considerazione i bisogni di tutte le persone coinvolte.

3 Perché la Cnv potrebbe essere utile al medico?

Nella cultura medica, soprattutto quella occidentale, spesso l'attenzione è concentrata sulla malattia, non sui bisogni emozionali del paziente. I pazienti soffrono perché quando sono in condizioni di vulnerabilità, la cura che ricevono è spesso più "meccanica" e meno compassionevole. Inoltre molto spesso i nostri sistemi di cura, sono organizzati attorno alla falsa premessa che il nostro "io" fisico e quello emotivo siano due sistemi separati. Quando agiamo come se potessimo trattare una di queste

due parti senza riconoscere l'importanza dell'altra, possiamo incorrere in risultati dannosi e a volte catastrofici.

Per un medico, la Cnv non è un abbellimento comunicativo né una strategia per "ottenere qualcosa dal paziente" ma **uno strumento operativo**, nei confronti dei pazienti (tabella 2), ma anche nelle relazioni con i colleghi e lo staff.

In questi ultimi contesti dove il lavoro di squadra è necessario per offrire qualità nel prendersi cura e nel salvare vite umane, le interazioni possono risultare difficili o conflittuali, con situazioni di tensione legate a responsabilità e carico di lavoro.

La Cnv può aiutare il medico ad esempio nel:

- **ridurre attriti inutili** migliorando la chiarezza nella comunicazione
- **dare feedback senza stimolare difesa**: con la Cnv diventa possibile essere diretti mantenendo la cura nella relazione
- **chiedere in modo più efficace**, evitando le richieste vaghe o implicite. La Cnv ci allena a formulare richieste chiare e verificarne la comprensione
- **gestire tensioni e divergenze cliniche**, passando dal "chi ha ragione" a "quali bisogni sono in gioco": questo facilita decisioni più collaborative

TABELLA 2

Possibili benefici della pratica della Cnv in ambito medico

Nella relazione con i pazienti , può permettere di:
• ridurre conflitti e resistenze , soprattutto con pazienti etichettati come "difficili"
• evitare escalation relazionali che fanno perdere tempo ed energia
• comunicare meglio e con maggiore connessione, informazioni complesse o delicate
• costruire alleanza terapeutica , che incide sull'aderenza e sugli esiti
• restare presente al paziente, senza diventare "freddo" o "distaccato"
• mantenere autorevolezza senza "rigidità"



- **migliorare il clima del team** aumentando la fiducia, riducendo i conflitti quotidiani e rendendo più fluida la collaborazione. Questo, in ambito sanitario, ha effetti diretti anche sulla sicurezza.

Infine, non per ultimo, la Cnv può essere di straordinario supporto **per il medico come persona**, per cui può aiutare a:

- **ridurre il carico emotivo relazionale**: meno scontri, meno frustrazione accumulata
- **restare presente senza diventare "distaccato"**: stare in relazione in modo più sostenibile
- percepire più **senso di efficacia** non solo clinica, ma anche **relazionale**
- **prevenire il burnout**, che frequentemente nasce da conflitti ripetuti e/o senso di impotenza nelle relazioni difficili.

4 Perché può essere utile al paziente avere un medico che pratica la Cnv?

Il riflesso principale è nell'esperienza di cura e nella relazione con il medico. Il paziente non fa solo l'esperienza di essere "trattato", ma diventa parte attiva e coinvolta e avrà maggiore probabilità di sperimentare:

1. Il senso di essere ascoltato davvero, non solo nei sintomi, ma anche nelle paure, nei dubbi, nelle esitazioni. **Quando una persona non si sente giudicata o forzata, è più facile che entri in dialogo.**

2. Maggiore chiarezza interiore: l'ascolto empatico del medico può aiutare il paziente a nominare cosa lo preoccupa o "lo blocca" e contribuire a rendere le decisioni più consapevoli.

3. Più fiducia nella relazione medico-paziente: non perché il medico è "gentile", ma perché è percepito come affidabile e interessato alla persona, non solo al problema.

4. Maggiore partecipazione alle scelte: il paziente non "subisce la cura", ma contribuisce a costruirla.

Questo può avere come effetti concreti:

- maggiore aderenza alle terapie;
- minore ansia;
- migliore qualità dell'esperienza di cura.

5 Si parla tanto del potere del linguaggio: quanto conta la scelta delle parole nel parlare a se stessi e con l'altro?

Per rispondere a questa domanda vorrei considerare due piani: il primo riguarda la **consapevolezza** del tipo di linguaggio che utilizziamo, perché questo sostiene davvero un modo di pensare. Se sono stato educato mettere la mia attenzione su cosa "è giusto" e cosa è "sbagliato", chi ha ragione e chi ha torto; se ho imparato che "ci sono cose che si *devono* fare", avrò anche imparato a utilizzare parole coerenti con questo modo di pensare, avrò imparato ad esempio a etichettare me stesso e gli altri con un linguaggio ricco di giudizi moralistici e che tende a definire ad esempio "cosa l'altro è": chi è intelligente, chi è prepotente o stupido ecc. A questo proposito, ci sono espressioni del nostro linguaggio abituale, come "*devi*", "*dovresti*", "*sarebbe opportuno*", ma anche "*sempre*", "*mai*", che siamo abituati a utilizzare e che stimolano nell'altro, facilmente una chiusura, una ribellione, o anche la sottomissione. Impariamo a motivare gli altri a partire dalla colpa, la vergogna, la punizione o il premio. Quando gli altri fanno quello che chiediamo loro, a partire da queste motivazioni, pagheremo tutti le conseguenze, nel breve o nel lungo termine. L'altro piano probabilmente arriva ancora prima: è quello dell'**intento** e della **visione**. Nel momento in cui scelgo di aderire a un certo tipo di visione dell'essere umano, ad es. quella che ho descritto prima riguardo la Cnv in cui tutti abbiamo gli stessi bisogni, cercherò di mettere in atto qualcosa di coerente con questa. Lo scopo della comunicazione non sarà più la pretesa di obbedienza o il convincimento dell'altro ma lo sviluppo di una **connessione autentica**. Quando provo a fare mia questa visione, non perché sia la cosa "giusta", ma perché ha più senso per me, mi ci riconosco, mi nutre, apro un contatto con un luogo, dentro di me, dove c'è

una certa energia, in sintonia con questo intento di connessione. A questo punto, le parole possono diventare secondarie: nel momento in cui sono connesso con i miei valori, che ho chiaro che mi voglio connettere a te, che ho una certa visione di quello che sta accadendo, che ti prendi cura dei tuoi bisogni e io dei miei, le parole scaturiscono da quel luogo interiore in coerenza: non sono le parole che creano l'energia, è a partire da un certo luogo di contatto con sé che poi si trovano le parole.

Quando scegliamo di essere più consapevoli delle nostre intenzioni quando diciamo qualcosa e proviamo ad aderire ad una certa visione dell'essere umano, il nostro "vecchio modo di esprimerci", quello che avevamo imparato, inizia ad andarci stretto. Abbiamo bisogno di utilizzare altre parole per esprimerci più pienamente e in modo coerente con ciò che desideriamo trasmettere.

6 Quali sono i passaggi con cui il medico può mettere in pratica questa modalità di comunicazione?

Nel rispondere a questa domanda, mi sento un po' esitante, perché, come ho detto precedentemente, si tratta di una "pratica". Di conseguenza, il fornire ricette apparentemente semplici, potrebbe risultare poco efficace. Noi crediamo fermamente di imparare studiando sui libri, che in parte è vero, ma l'apprendimento si ha "facendo". Per questo, quello che mi sento di suggerire, è di iniziare a leggere qualche libro e, se si è curiosi, di prendersi il tempo, scegliere un *workshop* e provare a farlo, e guardare se ci *parla*. In questi incontri si fa un po' d'introduzione e poi si lavora su situazioni concrete: solo così si può sperimentare davvero quello che significa attuare questa pratica.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare siti di riferimento e libri consigliati

La salute come scelta consapevole e atto di solidarietà



Nel suo ultimo libro “Non è mai troppo tardi”, il fondatore dell’Istituto Mario Negri, Silvio Garattini, demolisce il mito della genetica come destino. Un manuale di prevenzione che richiama il cittadino alla responsabilità individuale e invita il Mmg a farsi promotore di stili di vita capaci di generare benessere a ogni età

Non è una questione di fortuna, né un’eredità scritta esclusivamente nel codice genetico. La salute, per **Silvio Garattini**, è una conquista quotidiana, un mosaico che si compone attraverso scelte consapevoli su alimentazione, attività fisica, sonno e gestione delle dipendenze. Nel suo nuovo saggio **“Non è mai troppo tardi. La salute è una scelta quotidiana”** (Edizioni Piemme), il celebre ricercatore e presidente dell’**Irccs Mario Negri** affronta il tema della prevenzione primaria con un approccio che sfida i luoghi comuni, rivolgendosi tanto ai giovani quanto a chi ha già superato la soglia della maturità.

Oltre il determinismo biologico

Il cuore del volume risiede nel ribaltamento di una convinzione radicata: l’idea che, superata una certa età, modificare le proprie abitudini sia inutile. Garattini dimostra, con il rigore scientifico che lo contraddistingue, come cambiamenti introdotti tardivamente possano produrre benefici concreti e misurabili sulla qualità della vita. L’autore analizza i pilastri del benessere - dalla dieta alla lotta al fumo, dall’abuso di alcol alla corretta informazione

scientifica - sottolineando che la prevenzione non deve essere vissuta come un privilegio dei giovani, ma come un’opportunità permanente.

Informazione e responsabilità

Un capitolo cruciale è dedicato al valore dell’informazione, spesso volutamente deformata da interessi commerciali o superficialità mediatica. In questo contesto, il libro diventa uno strumento prezioso anche per il Mmg, che resta il primo baluardo contro le *Fake news* sanitarie. Garattini invita alla responsabilità individuale: il benessere non è solo un fatto personale, ma un **“atto di solidarietà collettiva”**. Uno stile di vita sano riduce infatti il carico sul Ssn, garantendo la sostenibilità del sistema per chi ne ha realmente bisogno.

Un manuale per la pratica quotidiana

Con 192 pagine di analisi puntuale, ma accessibile, l’opera passa in rassegna anche il rapporto critico con i farmaci, mettendone in guardia contro l’abuso. L’autore propone una sorta di guida passo dopo passo verso la consapevolezza, ricordando che ogni giorno è

quello giusto per smettere di fumare o per vincere la pigrizia dello sport. Per la Medicina generale, il messaggio di Garattini è chiaro: l’educazione al benessere deve partire dai ragazzi per formare gli anziani sani di domani, ma la porta della prevenzione resta aperta per chiunque decida, oggi, di cambiare rotta. Un saggio che non solo informa, ma esorta all’azione, confermando l’impegno divulgativo di uno degli esponenti più autorevoli della ricerca italiana. A.S.





Immunologia, la nuova grammatica della medicina

Alberto Mantovani spiega come infiammazione e immunità siano oggi al centro della ricerca e della clinica, quali risultati abbiano già prodotto e quali sfide restino aperte, tra oncologia, malattie autoimmuni, prevenzione e medicina del futuro

Nicola Miglino

L'immunologia non è più una nicchia: è diventata il grande racconto che tiene insieme molte delle domande centrali della medicina. Perché l'infiammazione favorisce il cancro? Quanto può fare l'immunoterapia? Cosa ci hanno insegnato pandemia e vaccini a mRNA? E fino a che punto stile di vita e microbioma modellano le nostre difese? Ne parliamo con **Alberto Mantovani**, immunologo di riferimento internazionale, che traccia una mappa delle conquiste già raggiunte e delle rivoluzioni ancora in corso.



Prof. Mantovani, negli ultimi trent'anni l'immunologia è passata da disciplina specialistica a linguaggio trasversale della medicina. Cosa ha determinato questa trasformazione?

“ Immunità e infiammazione rappresentano oggi una componente fondamentale di patologie diverse che vanno dal cancro alle malattie cardiovascolari alle patologie neurodegenerative e, forse, a condizioni neuropsichiatriche. I meccanismi immunologici connettono queste patologie con agenti infettivi, stile di vita, ambiente e condizioni neuropsicologiche. Si tratta di quella che ho definito una **meta-narrazione della medicina**. Alla base di questo grande, nuovo paradigma vi sono diverse componenti, che vanno dall'analisi di patologie specifiche a una comprensione meno approssimativa delle cellule e delle molecole dell'immunità. La nostra orchestra è costituita da oltre 4 miliardi di orchestrali e una comprensione meno approssimativa dei suoi strumenti e del suo repertorio ha aperto nuove prospettive su patologie molto diverse ”.



Lei ha contribuito a ridefinire il ruolo dell'infiammazione nel cancro. Oggi l'infiammazione è più un nemico o un alleato?

“ Il rapporto fra cellule e molecole dell'infiammazione e cancro ha due facce complementari. Da una parte, cellule e molecole infiammatorie rappresentano una componente fondamentale della nicchia ecologica che consente alle cellule tumorali di crescere, disseminarsi e resistere alle nostre armi terapeutiche. Accanto a questo ruolo nel microambiente tumorale, le risposte infiammatorie sono coinvolte a livello sistemico. In questo caso, **l'obesità, l'insufficiente apporto di frutta e verdura fresca e la mancanza di esercizio fisico** costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo, ad esempio, di molti tumori. Ebbene, uno dei meccanismi fondamentali di questo aumento di rischio tumorale è costituito da un innalzamento del tono infiammatorio sistemico. Siamo molto preoccupati per l'epidemia di obesità a livello globale, particolarmente grave nell'infanzia nel nostro Paese, perché i dati ci dicono che l'obesità è un vero e proprio carcinogeno: il tessuto adiposo è fatto da cellule grasse e da cellule del sistema immunitario, disorientate quando si è obesi, una delle cause dell'aumento di rischio di cancro ”.



L'immunoterapia oncologica è spesso raccontata come rivoluzione. A che punto siamo davvero?

“ Utilizziamo il termine di *immunorevolution* per descrivere l'affermarsi dell'immunoterapia nella

UN PIONIERE DELLA RICERCA SUL SISTEMA IMMUNITARIO



Alberto Mantovani, medico e immunologo, è Presidente di Fondazione Humanitas per la Ricerca, Professore Emerito di Humanitas University e Chair of Inflammation al William Harvey Research Institute, Queen Mary University, Londra. Ha lavorato in Inghilterra e negli Stati Uniti, è membro dell'Accademia dei Lincei e della National Academy of Sciences USA. Da molti anni è il ricercatore italiano a più alto impatto nella letteratura scientifica internazionale. Per la sua attività di ricerca ha ottenuto numerosi premi e riconoscimenti nazionali e internazionali.

lotta contro il cancro a partire dall'inizio del nuovo millennio. Abbiamo imparato a togliere alcuni freni del sistema immunitario, cosiddetti *checkpoints*, con un impatto importante sulla terapia di molti tumori che vanno dal melanoma al cancro del polmone. L'immunoterapia si è così affiancata alle armi tradizionali, chirurgia, radioterapia, chemioterapia e terapie mirate. Inoltre, utilizziamo anticorpi per portare in modo più mirato farmaci antitumorali al bersaglio, la cellula tumorale. Infine, con le cellule Car-T siamo entrati in un mondo nuovo di veri e propri farmaci viventi. Tuttavia **ancora troppi pazienti non hanno beneficio dalle terapie immunologiche**. Ci dobbiamo dunque confrontare con sfide diverse, quali la resistenza primaria o secondaria all'immunoterapia, la combinazione razionale delle strategie immunologiche con le armi tradizionali, l'uso delle terapie cellulari, in primis le cellule Car-T, per trattare tumori solidi. Infine, abbiamo due vaccini preventivi contro il cancro, epatite B per il cancro del fegato, virus del papilloma per cancro della cervice uterina, testa e collo e ano. La sfida è di sviluppare vaccini terapeutici, una nuova frontiera in oncologia. È bene ricordare che abbiamo il privilegio di vivere l'avverarsi, almeno parziale, di un sogno che ha at-

traversato cento anni di storia della medicina e tutta la mia vita scientifica, quello di usare le armi dell'immunità contro il cancro ”.



La pandemia ha reso popolare il concetto di memoria immunologica. Cosa abbiamo capito che prima era sottovalutato?

“ La capacità di ricordare e di rispondere in modo più rapido ed efficace quando si incontra di nuovo un nemico, vedi un agente patogeno come batteri e virus, costituisce una proprietà fondamentale del sistema immunitario. Abbiamo fatto grandi progressi nel capire alcuni meccanismi fondamentali della memoria immunologica, identificando le cellule deputate a questa funzione. Possiamo parlare di “allenamento”, che si ottiene, ad esempio, con i **vaccini e stile di vita**. Ancora, abbiamo capito che esiste anche una forma di memoria della prima linea di difesa, l'immunità innata, contrariamente a quello che pensavamo e insegnavamo. Dobbiamo però dire che ancora comprendiamo in modo insufficiente i meccanismi della memoria immunologica. È questo il motivo per cui quando viene introdotto in clinica un

nuovo vaccino non siamo in grado di prevedere quanto durerà la memoria immunologica indotta. La memoria costituisce dunque uno dei tanti capitoli aperti per la ricerca immunologica ”.



I vaccini a mRNA rappresentano una piattaforma destinata a cambiare anche oncologia e malattie autoimmuni?

“ La tecnologia degli mRNA sta avendo un impatto profondo sulla ricerca scientifica e sullo sviluppo di vaccini. Si tratta di una piattaforma innovativa caratterizzata dalla rapidità nello sviluppo di un vaccino e dall'efficacia. Mi piace ricordare che, a monte di questa tecnologia, vi è un cambiamento di paradigma nello sviluppo di vaccini costituito dalla *reverse vaccinology*, un contributo fondamentale di **Rino Rappuoli**: la possibilità di sviluppare un vaccino a partire dall'informazione genetica di un germe e non dalle strutture del germe stesso. La tecnologia dell'mRNA, accoppiata con tecniche di sequenziamento, bioinformatica e intelligenza artificiale, ci dà speranza di poter sviluppare vaccini terapeutici personalizzati contro alcuni tumori come il melanoma. Si tratta di una sfida scientifica e tecnologica i cui primi risultati sono incoraggianti ”.



Come contrastare l'esitazione vaccinale usando argomenti immunologici solidi ma comprensibili?

“ Anche l'Accademia dei Lincei ha fatto eco a una preoccupazione generale per la diminuzione di copertura vaccinale nei confronti di malattie come morbillo e pertosse. Per contrastare l'esitazione vaccinale, credo siano essenziali la **condivisione delle conoscenze in modo trasparente** e non arrogante, la necessità di ragionare sempre pesando rischi e benefici, la disponibilità a cambiare idea davanti ai dati, la trasparenza nel comunicare i dati e gli insuccessi. Parlo regolarmente a un pubblico generale e in particolare nelle scuole medie superiori e ho già programmato per maggio un intervento anche in una scuola elementare. Credo che la comunità scientifica si debba impe-

gnare in un'opera di condivisione delle conoscenze che rappresenta la miglior vaccinazione contro l'esitazione vaccinale ”.



Le terapie biologiche hanno dimostrato che colpire una singola citochina può cambiare il decorso di una malattia. Cosa ci dice questo sulla complessità del sistema immunitario?

“ Gli inibitori delle citochine come, per esempio, Il-1, Tnf o Il-17, hanno avuto un impatto profondo nella cura delle malattie autoimmuni come l'artrite reumatoide e autoinfiammatorie, queste ultime su base genetica. Il successo del blocco di una singola citochina ci rivela come il sistema funzioni a cascate, per cui il blocco di un elemento a monte si ripercuote amplificato a valle. In questa rete complessa vi sono **nodi critici aggredibili quando il sistema è fuori controllo**. Tuttavia, non possiamo dimenticare che se è vero che abbiamo fatto progressi nella terapia delle malattie autoimmuni, tuttavia non guariamo i pazienti, la teniamo “solo” sotto controllo. Inoltre, una parte dei pazienti sono resistenti alle terapie tradizionali e a quelle biologiche. Tutti questi obiettivi, dalla guarigione piena ai trattamenti per pazienti resistenti alle terapie, costituiscono il Santo Graal della lotta contro le malattie autoimmuni ”.



Esiste una reale evidenza che dieta e microbioma modulino in modo clinicamente significativo la risposta immunitaria?

“ Siamo fatti di microbi, nel senso che oltre il 90% dell'informazione genetica che portiamo è quella del complesso universo dei microbi che ci accompagnano. È un rapporto bidirezionale fra il mondo microbico e il sistema immunitario. Da una parte, il microbioma costituisce la palestra di allenamento del sistema immunitario, ne orienta e condiziona le funzioni; dall'altra, il sistema immunitario contribuisce a selezionare questi nostri compagni di viaggio. **La comprensione di questa complessa interazione è ancora in larga misura primordiale e non si è tradotta in**



strategie preventive o terapeutiche clinicamente efficaci. Si tratta di una frontiera della ricerca scientifica. Più chiaro è invece l'impatto sulla salute dello stile di vita che include alimentazione ed esercizio fisico. Una dieta ricca di frutta e verdura fresca e l'esercizio fisico diminuiscono il rischio per diverse malattie, incluso il cancro; almeno parte dell'effetto benefico è probabilmente legato a un buon allenamento del sistema immunitario. Per esempio, alcuni componenti di frutta e verdura fresca stimolano il funzionamento delle nostre "sentinelle immunologiche", chiamate cellule dendritiche. Si accumulano anche dati dell'impatto positivo dell'esercizio fisico nelle sue diverse forme e alcuni ritengono, incluso chi parla, che sarebbe necessaria una logica di prescrizione dell'esercizio fisico da parte del medico. I dati sono chiari, a volte impressionanti, anche se dobbiamo dire che non comprendiamo bene i meccanismi ”.



Quale scoperta recente la entusiasma di più per le sue implicazioni cliniche?

“ L'introduzione delle terapie cellulari, le **Car-T**, costituisce un cambiamento straordinario nelle strategie terapeutiche. Si tratta di veri e propri farmaci viventi, di un trionfo della biologia sintetica, della capacità cioè di ingegnerizzare cellule viventi e di utilizzarle come farmaci. Le terapie cellulari stanno avendo un impatto profondo nella cura delle leucemie dei linfomi e sono motivo di speranza per il trattamento dei tumori solidi. Come succede spesso in immunologia i progressi in un settore vengono trasferiti a malattie diverse. Così abbiamo iniziato a utilizzare le cellule Car-T nella terapia di alcune malattie autoimmuni con risultati che, per la prima volta, ci danno speranza di un resetting del sistema immunitario e cura ”.



Quali sviluppi dell'immunologia avranno un impatto concreto sulla medicina nei prossimi 5-10 anni?

“ Fare previsioni nel settore dell'immunologia che è stato caratterizzato da ripetuti cambiamenti

profondi, in qualche caso vere e proprie rivoluzioni, è assai rischioso. È ragionevole ritenere che continueremo a godere degli sviluppi di una rivoluzione iniziata 51 anni fa, costituita dalla scoperta degli **anticorpi monoclonali**. Il loro uso ha rivoluzionato la diagnostica e la terapia con un impatto in patologie imprevedibili come l'emivranza resistente a farmaci convenzionali. Con lo slogan del '68 credo si possa dire che, nel campo degli anticorpi e di quelli che vengono chiamati *engagers* sviluppati da anticorpi, la fantasia è al potere, con promesse straordinarie di miglioramento. Il secondo settore che sceglierei fra i tanti per il suo carattere innovativo è quello delle terapie cellulari, un approccio innovativo basato su biologia sintetica e farmaci viventi. Il disegno e lo sviluppo di questi approcci innovativi si basa inevitabilmente sull'uso di **intelligenza artificiale**, con algoritmi mirati in questo caso al servizio della salute. La promessa è ad ampio spettro. Infine, mi auguro che ci sia un impatto di condivisione con i più poveri sul pianeta, pensando al milione e mezzo di bambini che muoiono perché non hanno accesso ai vaccini più elementari e alle 300 mila donne, per lo più in Africa subsahariana, che muoiono perché non hanno accesso al vaccino contro i virus del papilloma ”.



Infine, quali concetti immunologici dovrebbero oggi far parte del "bagaglio minimo" di un Mmg?

“ Credo che i medici di medicina generale dovrebbero avere un bagaglio di nozioni fondamentali relative alle parole chiave e alla logica di funzionamento del sistema immunitario essenziali per comprendere le basi dei cambiamenti diagnostici e terapeutici. **Fondamentale in un contesto di Medicina generale comprendere il meccanismo di azione, il rapporto rischi/benefici, l'impatto delle vaccinazioni.** Pensare al sistema immunitario che invecchia, perde memoria e necessita di manutenzione con vaccini, alimentazione, stile di vita. Ancora, penso che una comprensione dei meccanismi alla base del rapporto tra stile di vita e sistema immunitario possa aiutare i medici nello svolgimento della loro attività quotidiana ”.



Nuova nota 01 Aifa, novità, criticità e come sfruttarla al meglio

Disciplinare le condizioni di prescrivibilità a carico del Ssn degli inibitori di pompa protonica e aggiornarne le condizioni di uso appropriato sono gli intenti principali della nuova Nota. A parlarcene, Bruno Annibale, Ordinario di Gastroenterologia alla Sapienza-Ospedale Sant'Andrea di Roma

A cura di **Livia Tonti**

È stata pubblicata sulla *Gu* n. 55 del 7 marzo 2026 la Determina Aifa sulla "Istituzione della Nota Aifa N01 e contestuale abrogazione delle Note Aifa 1 e 48", che aggiorna le condizioni di prescrivibilità e rimborsabilità degli inibitori di pompa protonica, sostituendo integralmente le precedenti Note 1 e 48 e limitando l'uso cronico ai soli pazienti a rischio o con indicazioni cliniche specifiche. Abbiamo chiesto a **Bruno Annibale**, Professore Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università Sapienza - Ospedale Universitario Sant'Andrea di Roma, di rilasciare per *M.D.* un commento, offrendo il punto di vista dello Specialista, rilevando i punti di forza, eventuali criticità e soprattutto quali risvolti pratici si possono dedurre da questa novità.



Prof. Annibale, qual è la principale novità introdotta dalla nuova Nota 01 rispetto alle precedenti Note 1 e 48, e quale impatto concreto avrà sulla pratica quotidiana del medico di medicina generale?

“A mio avviso la principale novità introdotta da questa rivisitazione della nota 1, insieme alla 48, è rappresentata dal fatto che si metta finalmente nero su bianco l'idea della limitazione della prescrizione cronica degli inibitori di pompa protonica. Per lungo tempo c'è stata una deriva prescrittiva che in realtà non è sostenuta da forti evidenze, perché nella stragrande maggioranza delle condizioni indicate per questi farmaci non c'è l'adeguato supporto scientifico per giustificare un utilizzo cronico. La nuova Nota 01 in questo senso può essere di grande sostegno per i Mmg nel loro difficile lavoro di ottemperare quelle prescrizioni che concilino la sostenibilità economica del Ssn e, allo stesso tempo, la sicurezza del paziente”.



In quali condizioni cliniche la nuova Nota conferma la rimborsabilità degli Ipp a carico del Ssn e in quali, invece, restringe maggiormente l'indicazione?

“Innanzitutto viene confermata la **profilassi delle complicanze nei pazienti che usano cronicamente** farmaci come gli **antinfiammatori non steroidei e gli anticoagulanti, la doppia antiaggregazione o i corticosteroidi**, recependo le nuove evidenze scientifiche sugli anticoagulanti e soprattutto tenendo conto dell'incremento delle comorbidità della popolazione anziana.

Questo è fondamentale, perché considerando i 65 anni come soglia di anzianità, le patologie cardiovascolari sono le condizioni epidemiologicamente più diffuse nel nostro Paese e, com'è noto, queste richiedono terapie di mantenimento e di profilassi per le recidive per cui gli antiaggreganti e gli anticoagulanti sono in prima linea. Per questo il loro utilizzo è estremamente diffuso. Quindi da questo punto di vista la Nota suggerisce al Mmg un'indicazione chiara di comportamento per ridurre il rischio di sanguinamento gastrointestinale, che rappresenta ancora una grave minaccia di morbilità e mortalità per questi pazienti.

Per quanto riguarda la **restrizione della prescrizione** il punto cruciale è che viene data per gli Ipp una **limitazione temporale** molto importante, perché oltre ai dodici mesi, a parte i casi descritti prima, non c'è una forte indicazione clinica. Anche le linee guida internazionali riportano come non esista un concetto di "mantenimento" *tout court*, soprattutto per quel che riguarda la malattia da reflusso gastroesofageo (Mrge), condizione per la quale spesso vengono usati questi farmaci senza purtroppo che vengano effettuate pre-



Bruno Annibale, è prof. Ordinario di Gastroenterologia presso l'Università Sapienza di Roma, nonché Direttore della Uoc di Malattie Digestive e del Fegato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea di Roma. È stato Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente dall'anno Accademico 2016 al 2022 e Coordinatore del Dottorato in Oncologia dal 2017 al 2019 sempre presso la Sapienza di Roma. È stato Presidente della Sige (Società italiana di gastroenterologia) dal Luglio 2022 al Aprile 2023. È attualmente Presidente del Colmad (Collegio dei docenti di gastroenterologia italiani).

cise valutazioni dell'efficacia della terapia o della necessità di riprenderla una volta sospesa.

Se l'intento è quello di **gestire i sintomi**, questi si possono tenere sotto controllo anche con altre **terapie meno impattanti**, come gli **antiacidi** o alcuni dispositivi medici. Studi recenti suggeriscono per esempio che oltre agli antiacidi, nella malattia da reflusso lieve non erosiva, dispositivi come il Poliprotect, complesso vegetale e minerale, ha dimostrato la non inferiorità statistica vs un lpp nel controllo dei sintomi della malattia da reflusso di grado lieve (Corazziari et al, 2023), che rappresenta una percentuale importante dei casi.

Alla fine del periodo di trattamento con lpp, per aiutare i pazienti a "svezzarsi" ed evitare che col ripresentarsi dei sintomi tornino a riprenderli, è possibile ricorrere a strategie "ponte", con antiacidi al bisogno, come per esempio malgraldato o idrossido di alluminio, dopo i pasti principali e prima di andare a dormire. Studi e pratica clinica dimostrano che accompagnando i pazienti in questo modo per 2-3 settimane, si possono in maniera efficace mitigare i sintomi e favorire l'allontanamento dall'uso cronico di lpp ”.



Come cambia l'approccio alla prescrizione cronica degli lpp? Quali sono oggi i criteri che dovrebbero guidare la rivalutazione periodica della terapia?

“ Il punto principale che riguarda l'approccio alla prescrizione cronica è proprio il concetto della **rivalutazione**, invitando quindi a una maggiore cautela e a considerare più attentamente le categorie di pazienti da sottoporre a terapia.

La rivalutazione deve basarsi innanzitutto sulla determinazione della risposta alla terapia nell'arco di massimo 10 giorni: se non c'è risposta non c'è nessun motivo per continuarla. La Nota contempla un trattamento fino a 8 settimane seguito da rivalutazione clinica e stabilisce i criteri della terapia di "mantenimento", che deve essere comunque riconsiderata periodicamente (tabella 1).

La Nota non considera tuttavia due condizioni cliniche a mio avviso importanti: l'esofagite eosinofila, malattia recente di natura immunologica/allergica, e l'esofago di Barrett, complicanza della malattia da reflusso, una lesione precancerosa in cui forse potrebbe esserci un'indicazione per l'uso di lpp anche a lungo termine, accanto ai controlli periodici.

C'è un altro tema che nella Nota non viene trattato eppure potrebbe essere un punto clinico rilevante: l'utilizzo dell'lpp test a scopo diagnostico per la malattia da reflusso, come indicato anche dalle linee guida ita-

TABELLA 1

Nota 01, trattamento della Malattia da reflusso gastroesofageo (Mrge)

Durata del trattamento

4-8 settimane di lpp, con rivalutazione clinica al termine del periodo. Nei pazienti che rispondono al trattamento, la terapia va sospesa o ridotta a un regime *on demand*. La terapia cronica va evitata in assenza di indicazioni chiare per minimizzare gli effetti avversi.

Terapia di mantenimento

Indicata per pazienti con recidive frequenti o sintomatologia refrattaria alla sospensione. In questi casi, la terapia di mantenimento va effettuata con il dosaggio minimo efficace (standard o *on demand*) per prevenire le complicanze di malattia, e deve essere rivalutata clinicamente ogni 6-12 mesi. È indicata, inoltre, in pazienti con malattia complicata (esofagite erosiva moderata-severa, stenosi esofagee).

TABELLA 2

Consigli sullo stile di vita per ridurre i sintomi di Mrge

- Alimentazione sana (elevato apporto di proteine vegetali, frutta e cereali integrali, come nella dieta mediterranea)
- Evitare alimenti scatenanti (cibi ricchi di grassi, piccanti, fritti, agrumi, bevande gassate e tè)
- Riduzione del peso nei soggetti sovrappeso e obesi
- Cessazione del fumo
- Evitare i pasti nelle 2-3 ore prima di coricarsi
- Elevare la testata del letto e tenere una posizione di decubito laterale sinistro notturna possono essere d'aiuto ad alcuni pazienti.

Savarino et al, 2025

liane (Savarino et al, 2025). Di fronte a un disturbo con dolore epigastrico, effettuare questa prova, anche per soli 15 giorni, trova supporto per escludere la malattia da reflusso.

Il punto cruciale della rivalutazione è soprattutto verificare l'efficacia di questi farmaci nello specifico paziente: gli Ipp sono estremamente efficienti, al punto che dopo 48 ore sono in grado di azzerare la secrezione gastrica. Se entro al massimo una settimana-dieci giorni non si ha alcun effetto, è evidente che non è un trattamento utile.

Si tratta quindi di **rompere l'automatismo** di continuare la terapia per gestire i sintomi a lungo termine senza attuare altri approcci, anche comportamentali, fondamentali, come ridurre il peso se necessario, fare attività fisica ed elevare la testata del letto (*tabella 2*) ”.



Quali pazienti in terapia antiaggregante o anticoagulante orale dovrebbero effettivamente ricevere gastroprotezione con Ipp secondo la nuova disciplina?

“ Certamente gli ultrasessantacinquenni, chi ha comorbidità come il diabete e/o l'ipertensione arteriosa, cioè fattori che possono essere un prerequisito per avere avuto cardiopatie o fibrillazione atriale. La questione in questi casi riguarda particolarmente il dosaggio e il *timing*. Va infatti considerato che queste molecole, assunte cronicamente per uno o due mesi, come accade per esempio per i pazienti che assumono anticoagulanti e antiaggreganti, consentono di ottenere il blocco totale della secrezione gastrica, suggerendo in alcuni casi la possibilità anche di passare a

trattamenti a giorni alterni, per esempio. In questi casi di uso prolungato, infatti, difficilmente la secrezione acida gastrica del paziente torna nella norma in un tempo così breve, ma è un aspetto che va considerato attentamente caso per caso ”.



Nel paziente con malattia da reflusso gastroesofageo non complicata, quali strategie di *step-down* o sospensione graduale ritiene più appropriate per evitare trattamenti protratti inutilmente?

“ Gli Ipp sono farmaci estremamente efficaci nell'interrompere la secrezione acida ma non agiscono sulla causa eziologica: la malattia da reflusso è caratterizzata dall'apertura inappropriata dello sfintere esofageo inferiore oppure alla presenza di una "tasca" a livello dell'esofago terminale dove ristagna l'acido. Se è vero che la Mrge è una malattia cronica, è anche vero che è soggetta ad *up and down* della sintomatologia, e quindi il concetto per cui bisogna trattare i pazienti cronicamente non è razionale, perché si tratta di una patologia che in sé non ha quelle conseguenze drammatiche che possono avere altre condizioni cliniche croniche come ipertensione arteriosa e diabete che, com'è noto, sono *killer* silenziosi ”.



Quali sono i principali rischi associati all'uso prolungato di Ipp che il medico di famiglia dovrebbe considerare nel bilancio rischio-beneficio individuale?

“ I principali rischi sono quelli che la Nota in qualche modo ha rilevato, mettendo in rilievo finalmente dati scientifici importanti: la secrezione acida gastrica è un elemento essenziale nella fisiologia umana, perché permette l'assorbimento dei principali micronutrienti, minerali e vitamine, il ferro, il calcio, la vitamina B12, l'acido folico, la vitamina D, oltre che realizzare la fisiologica funzione di sterilizzatore del contenuto alimentare, che per definizione non può essere sterile. La riduzione della secrezione acida costante nel tempo riduce quindi queste funzioni importanti. Inoltre permette la contaminazione dei batteri salivari, normalmente assenti nello stomaco, altera il microbiota gastrico e intestinale, causando disbiosi, *leaky gut*, alterazione della permeabilità intestinale, tutti fenomeni in cui questi farmaci hanno un ruolo. Inoltre l'uso cronico di inibitori di pompa protonica può mascherare i sintomi di nuova insorgenza di malattie incluso il tumore dello stomaco o dell'esofago ”.



Come gestire i pazienti che assumono lpp da anni senza una chiara indicazione documentata? È opportuno prevedere percorsi strutturati di deprescrizione?

“ Sono tanti i pazienti che assumono lpp da anni senza aver fatto una gastroscopia. Per loro si può iniziare un percorso di **deprescrizione**, che può anche essere modulato nel tempo. Per esempio possiamo cominciare a ridurre il dosaggio degli lpp per poi man mano smettere; oppure interrompere il trattamento e ricorrere all'uso degli antiacidi nelle tre quattro settimane successive. Soprattutto è essenziale effettuare una gastroscopia di qualità con adeguati campionamenti, prelievi istologici dello stomaco.

La gastroscopia di qualità migliora le diagnosi, perché siamo in grado di individuare cellule precancerose, fare biopsie, rilevare infezioni da *H. pylori*, di cui -lo ricordiamo- in Italia il 30% della popolazione è affetta.

Prima della gastroscopia occorre sospendere l'ipp, attendere 4-8 settimane, ricorrendo alla terapia ponte, di cui abbiamo parlato prima. Se necessario, durante l'esame è importante effettuare la biopsia, con l'intento di comprendere se il paziente ha una malattia da reflusso, erosiva o non erosiva, e se sono presenti altre condizioni ”.



La Nota 01 può rappresentare un'opportunità per rafforzare l'alleanza tra medicina generale e specialistica nella gestione delle patologie acido-correlate? In che modo?

“ La Nota su questo accende un faro. Il Mmg è un pilastro essenziale del servizio sanitario nazionale e gli specialisti devono aiutarlo e sostenerlo nella sua attività. Tutte e due le categorie devono basarsi sulla Medicina basata sulle evidenze, sulle linee guida. Queste devono essere sempre e comunque uno strumento che da applicare con razionalità e non uno schema rigido. In questo modo viene facilitata non solo la professione del medico, ma si favorisce anche un risparmio per il Ssn, elementi che spesso oltre tutto vanno di pari passo ”.



Qual è il ruolo dell'endoscopia digestiva nella rivalutazione delle indicazioni alla terapia cronica con lpp alla luce delle nuove limitazioni prescrittive?

“ La questione in questo caso non riguarda tanto il Mmg, che spesso ne è vittima piuttosto, perché

l'endoscopia digestiva in Italia, soprattutto la gastroscopia di qualità con adeguate biopsie, non è un concetto sufficientemente presente. È infatti considerato un esame molto semplice, rapido: si guarda, e se non si trova niente, non si fanno biopsie. Questo concetto è assolutamente datato. **La gastroscopia è un esame rigoroso**: deve durare almeno 6-7 minuti, durante i quali si deve osservare con attenzione l'esofago, lo stomaco e il duodeno, effettuare biopsie accurate dello stomaco, dell'esofago o del duodeno se c'è un'indicazione specifica. Altrimenti è un esame inutile.

Purtroppo abbiamo in Italia un dato drammatico: il 57% - 58% delle gastroscopie sono inappropriate da linee guida. C'è un'enorme richiesta spesso immotivata: non c'è nessun motivo per esempio di fare la gastroscopia di controllo nella malattia da reflusso asintomatica che risponde alla terapia, soprattutto se è stata fatta una gastroscopia di qualità all'inizio.

La presenza di dispepsia mai studiata con gastroscopia, la familiarità di I grado per tumori dello stomaco e l'assunzione di lpp da anni, sono motivi per richiedere l'esame gastroscopico. ”.



Quale messaggio chiave si sente di dare ai medici di medicina generale per coniugare appropriatezza prescrittiva, tutela del paziente e sostenibilità del servizio sanitario nazionale?

“ Seguire le linee guida, leggere le linee guida. Lo capisco, è uno sforzo, però i disturbi digestivi sono davvero molto frequenti nella loro pratica clinica. Le linee guida per altro sono costruite in modo che si possano leggere solo delle parti senza perdere l'idea generale. Le terapie *ex adjuvantibus* sono deleterie. Il vero problema è fare una diagnosi, non limitarsi a curare il sintomo. Perché nel tratto digestivo spesso vale il detto: "tanti sintomi poca malattia, nessun sintomo tanta malattia" ”.

BIBLIOGRAFIA

- Corazziari ES, et al. Poliprotect vs Omeprazole in the Relief of Heartburn, Epigastric Pain, and Burning in Patients Without Erosive Esophagitis and Gastroduodenal Lesions: A Randomized, Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2023; 118: 2014-24. doi: 10.14309/ajg.0000000000002360.
- Savarino EV, et al. Italian guidelines for the diagnosis and management of gastro-esophageal reflux disease: Joint consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), and General Medicine (SIMG). *Dig Liver Dis* 2025; 57: 1550-77. doi: 10.1016/j.dld.2025.04.020.

Terapia dialitica

Non esiste solo l'emodialisi

La dialisi peritoneale rappresenta oggi il trattamento dialitico ideale per i pazienti uremici.

Si tratta della prima e principale metodica di dialisi domiciliare, e i vantaggi, clinici, organizzativi e di qualità di vita, sono ormai provati. Il Mmg ha un ruolo fondamentale: spiegare al paziente che non esiste solo l'emodialisi per la terapia dialitica dell'uremia e che è suo diritto chiedere al nefrologo spiegazioni dettagliate sulla opzione domiciliare

Luca De Nicola

Nefrologia-Università Vanvitelli in Napoli - Presidente Società Italiana di Nefrologia (Sin)

Il Piano Nazionale della Cronicità del 15 settembre 2016 raccomandava di *"mettere in atto tutte le azioni possibili atte all'incremento della domiciliarità delle cure al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti fragili e ridurre i costi associati alla gestione delle malattie croniche"*. Questo obiettivo è oggi ancora più attuale alla luce delle finalità del Pnrr/M6-Salute 2023 che raccomanda di *"aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni"*.

Dialisi a domicilio

In questo nuovo contesto *"casa come primo luogo di cura"*, la Dialisi peritoneale (Dp) oggi rappresenta il trattamento dialitico ideale per i pazienti uremici. La Dp è la prima e principale metodica di dialisi domiciliare, in quanto trattamento ospedaliero erogato a domicilio del paziente ed effettuato dal paziente stesso in autonomia (80%) o con l'assistenza di un *caregiver* (20%), in genere un familiare¹. È una terapia sostitutiva renale intracorporea

che sfrutta il peritoneo come "filtro" e prevede l'impiego di sacche di dialisato che il paziente si auto-somministra in cavità peritoneale, mediante un catetere permanente inserito chirurgicamente in *open* o tramite laparoscopia. Il liquido di dialisi viene sostituito durante la giornata secondo schemi terapeutici prestabiliti dallo specialista nefrologo, sulla base delle necessità individuali del paziente.

Esistono due tipologie di trattamento:

- La **metodica manuale** che necessita di un numero variabile di scambi che va da 1 a 4 al giorno. Il numero di scambi è deciso sulla base della funzione renale residua e della presenza di complicanze e sintomi dell'uremia. Lo stazionamento del liquido di dialisi nel cavo peritoneale dura da 4-5 ore (soluzione glucosata) ad oltre 12 ore (icodestrina), a seconda del tipo di soluzione impiegata e della permeabilità di membrana del paziente.
- La **Dialisi peritoneale automatizzata (Apd)** si serve di una macchina (*cycler*) che secondo uno schema prestabilito consente in automatico un numero variabile di scambi durante un periodo di 7-9

ore. L'Apd viene eseguita normalmente durante il riposo notturno. Nella modalità incrementale, o integrata con la terapia medica della Malattia renale cronica (Mrc), il paziente è trattato con 4-5 sessioni Apd a settimana. Oggi per questa modalità è previsto il monitoraggio da remoto (telemedicina) che consente al nefrologo di valutare quotidianamente l'andamento degli

FIGURA 1



scambi e di modificare il programma di trattamento.

Il percorso prescrittivo della Dp è semplice e lineare in quasi tutte le Regioni italiane (figura 1); unica eccezione, infatti, è la sola Regione Campania, che prevede due ulteriori passaggi (medico di medicina generale e Distretto) ma proprio di recente è stato presentato un Pdta-Dp per uniformarla al resto di Italia. Il modello nazionale prevede l'impiego della ricetta dematerializzata compilata dal nefrologo ed inviata direttamente alla farmacia del proprio presidio ospedaliero. La farmacia ospedaliera provvede all'ordine via mail alle ditte fornitrici del materiale necessario (sacche, macchine, kits...) che viene recapitato direttamente dalle ditte al domicilio del paziente.

Per chi è la dialisi peritoneale

La Dp è indicata nella maggioranza dei pazienti: un recente studio canadese ha evidenziato infatti che circa il 65% dei pazienti uremici sono anche eleggibili alla Dp². Inoltre, più del 50% dei pazienti è propenso a scegliere la Dp piuttosto che l'emodialisi (Hd) per la migliore qualità di vita³. Si deve infine considerare che il paziente emodializzato deve "inseguire" un centro dove poter essere trattato sia nel luogo di residenza sia durante i viaggi, mentre la Dp è un **"trattamento che segue il paziente"** con la possibilità di ricevere il materiale necessario in tutto il mondo. Inoltre, per la Dp, a differenza della emodialisi, esiste la completa autogestione da parte del paziente della scelta degli orari di trattamento.

Dieci sono le caratteristiche vantaggiose che dovrebbero fare scegliere la Dp rispetto alla Hd quale prima terapia dialitica (tabella 1)^{1,4,5}.

A questi vantaggi clinico-organizzativi va aggiunto il notevole rispar-

TABELLA 1

Principali vantaggi clinico-organizzativi della dialisi peritoneale versus emodialisi

1	Minore mortalità nel primo anno, 12 vs 17%, che diventa simile negli anni successivi
2	Mantenimento per maggior tempo di diuresi e funzione renale residua
3	Terapia elettiva nelle strutture residenziali (Rsa) per semplicità di organizzazione
4	Minore rischio infettivo in quanto trattamento domiciliare
5	Minore rischio ischemico su cuore, cervello e reni per minore stress emodinamico
6	Monitoraggio da remoto già ampiamente disponibile e testato (telemedicina)
7	Miglioramento della metodica con riduzione marcata degli eventi avversi (peritoniti)
8	Ideale per il trapianto (tempi in lista di attesa minori e maggiore sopravvivenza)
9	Minor impatto ecologico (minor consumo di acqua ed energia, minor inquinamento)
10	Migliore qualità di vita (si effettua al proprio domicilio)

mio di costi sanitari. La recente analisi di *Health Technology Assessment* della Università Cattolica di Roma che ha paragonato la Dp con l'emodialisi, oltre a dimostrare una pari efficacia ed una migliore qualità di vita dei pazienti, ha chiaramente evidenziato un risparmio per il Ssn: il costo annuale per paziente per la Dp è pari a 24.142,71 euro, ossia del 43% inferiore rispetto all'emodialisi (euro 42.231,55)⁶. Pertanto, oggi la Dp deve considerarsi "dominante", ossia trattamento dialitico di prima linea.

La **Società Italiana di Nefrologia** ha pertanto intrapreso un percorso con Agenas: elaborazione di una li-

nea di indirizzo, da inviare a tutte le Regioni Italiane, per raddoppiare entro cinque anni la percentuale dei pazienti trattati in peritoneale, dal 9.5% al 20%. Su questa linea, il 12/3/2026, in occasione della Giornata Mondiale del Rene, si è tenuto a Roma l'evento "Stati Generali della Dialisi Peritoneale" che ha visto la partecipazione di tutti gli stakeholder clinici e istituzionali. Il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale: spiegare al paziente che NON esiste solo l'emodialisi per la terapia dialitica dell'uremia e che è suo diritto chiedere al nefrologo spiegazioni dettagliate sulla opzione "Dp".

BIBLIOGRAFIA

1. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med* 2021; 385: 1786-95.
2. Yang Y et al. Predictive models on patients' eligibility for peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2025. doi: 10.1177/08968608251317463.
3. El Shamy O et al. Home Dialysis: A Majority Chooses It, a Minority Gets It. *Blood Purif* 2021; 50: 818-22.
4. Saleem S et al. Environmental Impacts of Kidney Replacement Therapies: A Comparative Lifecycle Assessment. *Am J Kidney Dis* 2025; S0272-6386(25)01068-6. doi: 10.1053/j.ajkd.2025.08.010.
5. Cox EF, et al. Effect of haemodialysis on the brain and heart assessed using multiparametric MRI. *Nephrol Dial Transplant* 2025; 40: 2338-48.
6. Arbia G, et al. HTA Assessment of Clinical-care Pathways: Peritoneal Dialysis Vs Hemodialysis - Content Summary. *G Ital Nefrol* 2025; 42: 2025. doi: 10.69097/42-05-2025-04.

Ictus embolico di origine indeterminata: una particolare entità clinica in medicina cardiovascolare

Si tratta di una situazione clinica complessa che richiede un approccio multidisciplinare e un'attenta valutazione per identificare eventuali fattori di rischio e gestire il paziente in modo appropriato. La ricerca su questa tipologia di ictus continua a fornire nuove informazioni sull'eziologia e sulla sua gestione, offrendo prospettive per una migliore prevenzione e cura

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

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

L'ictus embolico di origine indeterminata, conosciuto anche come Esus (*Embolic Stroke of Undetermined Source*), è una forma di ictus ischemico dove la fonte dell'embolia che ha causato l'infarto cerebrale non è identificabile nonostante le indagini diagnostiche eseguite.

Un ictus viene classificato come Esus quando sono state escluse altre possibili diagnosi. Complessivamente, un ictus ischemico su 6 viene classificato come tale. Dopo un Esus, la maggior parte dei pazienti viene trattata con terapia antiaggregante piastrinica come Asa; tuttavia uno su 3 va incontro a recidiva di ictus entro cinque anni.

Stato dell'arte

Le cause più frequenti di ictus ischemico possono essere classificate come:

- criptogenetica (ossia, nessuna evi-

denza di natura cardioembolica, lacunare o aterosclerotica; è la causa classificata come più comune)

- cardioembolismo;
- infarti lacunari;
- aterosclerosi dei grandi vasi (la quarta causa più frequente);
- ictus criptogenetico.

L'ictus è classificato come criptogenetico in uno dei seguenti casi:

- la valutazione diagnostica è incompleta;
- non viene identificata alcuna causa nonostante una valutazione approfondita;
- vi è più di una causa probabile (es. fibrillazione atriale e stenosi carotidea omolaterale).

L'ictus embolico di origine indeterminata è considerato una sottocategoria di ictus criptogenetico e viene diagnosticato quando non è stata identificata alcuna fonte dopo che una valutazione diagnostica sufficiente ha escluso:

- l'ictus lacunare;
 - le principali fonti cardioemboliche;
 - la malattia dei vasi steno-occlusiva omolaterale (occlusione >50%).
- Recenti evidenze suggeriscono che la malattia carotidea sintomatica non stenotica con occlusione

<50% possa essere una causa importante di ictus.

L'ictus embolico di origine indeterminata è quindi di fatto una sottocategoria di ictus ischemico in cui, nonostante un'attenta valutazione, non si riesce a identificare la causa principale. Questo significa che, dopo aver escluso le cause più comuni come la fibrillazione atriale, la stenosi carotidea e altre fonti cardioemboliche, si parla di ictus di origine indeterminata.

• Perché è importante?

L'Esus è una condizione importante perché può avere un impatto significativo sulla gestione del paziente e sulla prevenzione di ulteriori eventi. La diagnosi di Esus si basa su criteri radiologici tipici e sull'assenza di chiare fonti emboliche, anche se l'eziologia può essere multifattoriale.

• Cosa fare?

La gestione dell'Esus richiede un approccio multidisciplinare, coinvolgendo neurologi e cardiologi per identificare eventuali fattori di rischio sottostanti e valutare la necessità di terapie specifiche.

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

L'ictus criptogenico costituisce il 25% circa degli ictus ischemici. Questa condizione enigmatica rappresenta una sfida in ambito clinico, anche per quanto riguarda la scelta delle migliori strategie di prevenzione secondaria. Sebbene la terapia antiplastrinica sia considerata il trattamento principale, una metanalisi pubblicata sulla rivista *Heart* ha mostrato i potenziali benefici di un trattamento con anticoagulanti orali in specifici sottogruppi di pazienti.

Nello specifico, lo studio mirava a valutare l'efficacia e la sicurezza degli anticoagulanti orali rispetto agli antiplastrinici nel prevenire l'ictus ischemico ricorrente in pazienti con ictus criptogenico o ictus embolico di origine indeterminata. I ricercatori hanno condotto una metanalisi completa di nove studi clinici randomizzati che hanno coinvolto oltre 15.000 partecipanti ed eseguito delle analisi di sottogruppo basate su fattori quali il rischio di aterosclerosi sopracardiaca, la presenza di forame ovale pervio (Pfo) e segni o fattori di rischio per cardiopatia atriale. L'analisi complessiva non ha mostrato differenze significative nel rischio di ictus ischemico ricorrente tra anticoagulanti orali e antiplastrinici. Tuttavia, dalle analisi di sottogruppo è emerso che gli anticoagulanti orali sono risultati associati a una riduzione significativa del rischio di ictus ischemico in pazienti con aterosclerosi sopracardiaca a basso rischio (Rr 0.53; 95% CI 0.35 - 0.80) e in quelli con segni o fattori di rischio per cardiopatia atriale (Rr 0.84; 95% CI 0.70 - 0.99). Non è stata osservata alcuna interazione significativa, invece, in base allo stato Pfo.

La metanalisi fornisce quindi informazioni preziose per la **personalizzazione** delle strategie di trattamento per i pazienti con ictus criptogenico. I risultati suggeriscono che gli anticoagulanti orali potrebbero essere un'opzione più efficace per i pazienti

con aterosclerosi sopracardiaca a basso rischio o cardiopatia atriale. Tuttavia, gli autori sottolineano che l'aumento del rischio di sanguinamento maggiore associato a questa opzione terapeutica dovrebbe essere attentamente considerato.

In generale, la scelta tra anticoagulanti orali e antiplastrinici per la prevenzione secondaria dell'ictus criptogenico deve essere personalizzata in base alle caratteristiche del paziente. Saranno poi necessari ulteriori studi per perfezionare la definizione di cardiopatia atriale e per sviluppare strumenti più precisi per valutare il rischio di aterosclerosi sopracardiaca.

Conclusioni

L'ictus embolico di origine indeterminata (Esus) costituisce un'entità clinica che richiede un *work-up* diagnostico accurato che deve coinvolgere il cardiologo dal momento che in molti casi è possibile riscontrare una

patologia cardioembolica occulta. In assenza di fibrillazione atriale subclinica identificabile attraverso monitoraggio Ecg prolungato, tra le cause potenziali di Esus sono state riconosciute la cardiomiopatia atriale, la disfunzione ventricolare sinistra o lo scompenso cardiaco, le placche aortiche e la pervietà del forame ovale. Stabilire il nesso di causalità con l'Esus spesso è complesso e dal punto di vista terapeutico la sfida è aperta perché i trial randomizzati finora eseguiti non sono riusciti a dimostrare una superiorità degli anticoagulanti orali diretti (Doac) rispetto all'aspirina in questi pazienti. In casi selezionati di pazienti con scompenso cardiaco in assenza di fibrillazione atriale, ma con CHA₂DS₂-VASc score elevato, o con placche aortiche associate a componente trombotica, la terapia anticoagulante con Doac potrebbe essere presa in considerazione dato il razionale fisiopatologico, ma con il limite dell'assenza di evidenze provenienti dai trial clinici.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Ancha Siri, Auberle Christine et Al. "Il Washington Manual di Terapia Medica", Antonio Delfino Editore, 2024.
- Bartoccioni Sandro, Zaira Margiacchi "Terapia 2025", Com Edizioni, 2025.
- Brunton Laurence L., Knollmann Björn C. "Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics", McGraw-Hill, 2023.
- Chiaranda Maurizio, Paoli Andrea "Urgenze ed emergenze, Istituzioni", Piccin, 2022.
- De Luca Pasquale "Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica", Società Editrice Universo, 2021.
- Feather Adam, Randall David et Al. "Kumar and Clark's Medicina Interna", Piccin, 2024.
- Firth John, Conlon Christopher et Al. "Oxford Textbook of Medicine", Oxford University Press, 2020.
- Goldman Lee, Cooney Kathleen A. et Al. "Goldman-Cecil Medicine", Elsevier, 2023.
- Grifoni Stefano "Medicina d'Urgenza. Metodologia Clinica", Piccin, 2022.
- Kellerman Rick D., Heidelbaugh Joel J. et Al. "Conn's Current Therapy 2025", Elsevier Science Health, 2025.
- Loscalzo Joseph, Fauci Anthony S. et Al. "Harrison's Principles of Internal Medicine", McGraw-Hill, 2022.
- Papadakis Maxine, Rabow Michael W. et Al. "Current Medical Diagnosis and Treatment", McGraw-Hill Education, 2025.
- Porter Robert S. et Al. "Manuale Merck di Diagnosi e Terapia", Raffaello Cortina Editore, 2020.
- Potestà Pasquale "Manuale-Prontuario di diagnostica e terapia medica", Verduci, 2025.
- Rugarli Claudio "Medicina Interna Sistematica", Edra, 2021.
- Zagra Michele, Pugliese Francesco Rocco "Emergenze e Urgenze Medico-Chirurgiche. Sintoma, Diagnosi, Terapia", Edra, 2020.

Cuffia dei rotatori: perché la risonanza magnetica non è sempre la risposta

Il dolore alla spalla viene spesso attribuito ad anomalie della cuffia dei rotatori, identificate tramite esami diagnostici come la risonanza magnetica. Tuttavia, un recente studio mette in discussione questo paradigma, suggerendo che ciò che chiamiamo “anomalia” potrebbe essere semplicemente un segno del tempo

Nicola Miglino

Si stima che ogni mese un’elevata percentuale della popolazione adulta, tra il 18% e il 31%, lamenti dolore alla spalla. Tipicamente questo sintomo viene attribuito ad anomalie della **cuffia dei rotatori**, identificate tramite esami diagnostici come la risonanza magnetica (Rm). Tuttavia, un recente e autorevole studio finlandese, pubblicato su *Jama internal medicine*, mette in discussione tale corrispondenza, mostrando come queste risultino quasi universali dopo i 40 anni e mostrino una scarsa concordanza con i sintomi della spalla. Questi risultati suggeriscono che le anomalie spesso rappresentano normali cambiamenti legati all’età piuttosto che una patologia, e mettono in discussione il valore clinico dell’imaging di routine per il dolore alla spalla atraumatico.

Scarsa concordanza tra sintomi ed imaging

I dati emersi dalla ricerca sono sorprendenti: su un campione rappresentativo di 602 adulti tra i 41 e i 76 anni, ben il **99% dei partecipanti presentava almeno un’anomalia** della cuffia dei rotatori alla risonanza. Nello specifico, i ricercatori hanno riscontrato tendinopatie nel 25% dei casi, lesioni parziali nel 62% e rottura completa nell’11% dei partecipanti. Questi risultati indicano che, dopo i 40 anni, avere

una cuffia dei rotatori perfettamente “normale” è l’eccezione, non la regola. Il punto cruciale della questione è la **scarsa concordanza tra i risultati dell’imaging e i sintomi reali** riportati dai pazienti. Lo studio ha rilevato che le anomalie erano presenti nel **96% delle spalle asintomatiche** e nel 98% di quelle sintomatiche. Persino le rotture complete, che intuitivamente si potrebbero associare al dolore, sono state riscontrate in gran numero (78%) in spalle che non presentavano alcun sintomo. Una volta corretti i dati tenendo conto di altri fattori clinici, la differenza di prevalenza di queste lesioni tra chi prova dolore e chi no è risultata statisticamente trascurabile (appena lo 0,8%).

“Questa evidenza suggerisce che molte delle “rotture” visualizzate nelle immagini siano in realtà **cambiamenti legati all’età**, paragonabili alle rughe sulla pelle o ai capelli bianchi, piuttosto che patologie che richiedono un intervento”, sottolineano gli Autori. “Nonostante ciò, l’uso della diagnostica per immagini rimane elevatissimo, coinvolgendo circa il 50% delle valutazioni iniziali, e ha portato a un incremento sproporzionato di trattamenti invasivi, come iniezioni guidate e riparazioni chirurgiche, che in alcuni paesi sono aumentate fino a sette volte negli ultimi anni”.

Le implicazioni per i pazienti e per il sistema sanitario sono notevoli. Gli

esperti suggeriscono che l’imaging di routine per il dolore alla spalla non traumatico abbia un **valore diagnostico limitato**, poiché la probabilità di trovare un’anomalia è talmente alta da rendere difficile distinguere un reperimento clinicamente significativo da uno incidentale. È fondamentale spostare l’attenzione dall’immagine prodotta dalla Rm alla valutazione clinica complessiva, basata sulla forza, sulla funzionalità e sulla storia del paziente. Inoltre, lo studio propone un cambiamento nel linguaggio medico. L’uso di termini carichi di ansia come “strappo” o “rottura” può spaventare inutilmente il paziente, inducendolo a credere che qualcosa sia rotto e debba essere “aggiustato” chirurgicamente. Adottare una terminologia più neutra, come **“alterazione strutturale”** o **“degenerazione correlata all’età”**, potrebbe ridurre la sovradiagnosi e l’*overtreatment*, promuovendo percorsi di cura più conservativi e centrati sulla persona. Così concludono gli Autori: “La risonanza magnetica dovrebbe essere considerata uno strumento di supporto e non il criterio unico per decidere un intervento, ricordando che una cuffia dei rotatori “anormale” è, di fatto, la norma biologica nella maturità”.

• Iboundig T, et al. *Incidental Rotator Cuff Abnormalities on Magnetic Resonance Imaging*. *JAMA Intern Med* 2026 Feb 16:e257903. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.7903.