

M.D.

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

Anno XXXIII, numero 4 - 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

■ CONFRONTI 10

**Le cure primarie in Spagna
tra gestione delle cronicità
e innovazione**

■ CONTRAPPUNTO 13

**L'autodistruzione
della prossimità
nella sanità territoriale**

■ RICERCA 26

**La nuova frontiera
dell'oncologia riguarda la
composizione del microbiota**

■ CLINICA 28

**Vertigine posizionale
parossistica benigna,
dalla diagnosi al trattamento**



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



Riforma territoriale e nuove regole professionali

Medicina generale a un bivio

Tra ipotesi di dipendenza, formazione universitaria e sviluppo delle Case di Comunità, il ruolo del medico di famiglia entra in una fase decisiva per il futuro del Servizio sanitario

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXIII numero 4 maggio 2026

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

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Advertising

Giancarlo Confalonieri
Luana De Stefano
Sara Simone

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'illusione di una riforma a geometrie variabili 5

■ Focus on

Medicina generale, la trattativa che può cambiare tutto 6

■ Cure primarie

Senza continuità della cura la medicina vicina ai cittadini fallisce 9

■ Confronti

Le cure primarie in Spagna tra gestione
delle cronicità e innovazione 10

■ Contrappunto

L'autodistruzione della prossimità nella sanità territoriale 13

■ Vox legis

Medici di famiglia, stop alle discriminazioni sulla maternità 14

■ Riflettori

Thank You Doctor! La sfida globale per rimettere la cura al centro 15

■ Relazione e cura

Burnout tra operatori sanitari: la connessione è la risposta 16

CLINICA E TERAPIA

■ Management

Inquadramento e trattamento delle dislipidemie
tra vecchi e nuovi orizzonti 18

■ Monitor

Violenza domestica: l'importanza di fare domande 21

■ Rassegna

Vaccinazione nella malattia renale cronica: indicazioni pratiche 22

■ Ricerca

La nuova frontiera dell'oncologia riguarda
la composizione del microbiota 26

■ Clinica

Vertigine posizionale parossistica benigna,
dalla diagnosi al trattamento 28

■ Proposte

È ora di passare dal concetto di pre-diabete
a quello di stadi di malattia 30



L'illusione di una riforma a geometrie variabili

■ Anna Sgritto

La vera domanda non è più se l'assistenza territoriale cambierà. Il cambiamento è già strutturalmente iniziato. La domanda cruciale è se il Servizio sanitario nazionale riuscirà a governarlo senza impoverire ulteriormente, e in modo irreversibile, la propria rete diffusa.

Da mesi il dibattito istituzionale e sindacale si concentra su tecnicismi contrattuali: dipendenza, ruolo unico, debito orario e assetto delle Case di Comunità. Ma sotto la superficie della trattativa si consuma un problema molto più profondo e silenzioso: la progressiva perdita di attrattività della professione sul territorio.

I dati e la realtà quotidiana parlano chiaro. Sempre meno giovani medici scelgono questa strada; sempre più professionisti decidono di lasciare anticipatamente la convenzione o evitano sistematicamente di accettare incarichi nelle aree periferiche. Eppure, proprio mentre il sistema chiede ai Mmg di farsi carico di nuove e complesse funzioni organizzative, il territorio continua a perdere pezzi, svuotandosi di medici, personale di supporto e capacità assistenziale.

Il rischio tangibile è che la riforma nasca già monca, intrappolata dentro una contraddizione irrisolta: l'ambizione di costruire nuove strutture senza aver prima ricostruito, e motivato, il corpo professionale che dovrebbe abitarle.

Le Case di Comunità rappresentano senza dubbio una sfida importante per il rafforzamento delle cure primarie. Ma difficilmente potranno funzionare se il sistema continuerà a scaricare sui medici di famiglia nuove responsabilità a costo zero, ovvero senza investire in modo massiccio su organizzazione, tecnologie, personale amministrativo e reale lavoro in équipe. Esiste poi una variabile cruciale che il confronto politico ed economico finge di non vedere: la geomorfologia del territorio italiano. Il modello standardizzato delle grandi strutture rischia infatti di rivelarsi un abito sartoriale applicabile solo alle aree urbane e metropolitane. Al contrario, rischia di lasciare ancora più fragile e scoperta l'assistenza nei piccoli comuni, nelle aree interne e nelle zone montane, dove lo studio medico continua a rappresentare, spesso, l'unico e ultimo presidio sanitario realmente accessibile per la popolazione.

In moltissime realtà periferiche del nostro Paese la priorità non è capire come integrare il professionista dentro la Casa di Comunità, ma evitare che interi territori restino completamente privi di un'assistenza di base stabile.

Per questo motivo, la posta in gioco nella trattativa aperta tra Ministero, Regioni e sigle sindacali va ben oltre il rinnovo di un contratto o la redistribuzione dei carichi di lavoro. Investe direttamente il modello stesso di prossimità e di equità sociale che il Ssn intende garantire nei prossimi anni.

Se non si inverte la rotta, l'esito della riforma è già scritto. Il pericolo reale non è soltanto quello di ritrovarsi con professionisti meno autonomi e più burocratizzati. Il rischio vero, e molto più drammatico, è quello di avere una sanità territoriale progressivamente invisibile e, alla fine, semplicemente assente.



Medicina generale, la trattativa che può cambiare tutto

Tra il progetto di riforma del Ministero e il nuovo confronto aperto con le Regioni, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale entra in una fase negoziale decisiva.

Sul tavolo il futuro delle Case di Comunità, il ruolo dei medici di famiglia nel territorio e il delicato equilibrio tra convenzione, organizzazione del lavoro e possibili forme di dipendenza nel Ssn, mentre i sindacati restano mobilitati ma continuano il confronto con Governo e Regioni

A cura di **Anna Sgritto**

Il percorso attuativo della riforma dell'assistenza territoriale si trova in una fase cruciale di transizione, segnata dalla necessità di allineare i tempi della Medicina del territorio ai vincoli europei del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) e del Decreto ministeriale 77 (Dm 77).

Per superare le criticità organizzative e garantire l'avvio delle Case di Comunità (Cdc) entro l'autunno, l'orientamento delle istituzioni parrebbe indirizzarsi verso un "decreto snello". Si tratta di un possibile provvedimento d'urgenza focalizzato su misure immediate - come la quota oraria obbligatoria in struttura per i convenzionati e un doppio canale di reclutamento residuale - che rimanderebbe i nodi economici e formativi più complessi ai successivi percorsi ordinamentali e all'Accordo collettivo nazionale 2025-2027.

Questa accelerazione istituzionale si inserisce però in un contesto di trattative ancora pienamente *in fieri*, dove le distanze tra le parti restano marcate e il fronte sindacale si presenta fortemente mobilitato, seppur con sfumature interne differenti.

La linea di massima rigidità è stata tracciata dal Consiglio nazionale della Fimmg, che ha respinto la bozza governativa confermando lo stato di agitazione e mantenendo aperta anche l'ipotesi dello sciopero in difesa dell'esclusività del modello convenzionale. Negli ultimi giorni il sindacato ha inoltre ribadito la disponibilità a proseguire il confronto istituzionale, pur senza arretrare sul rifiuto di modelli percepiti come lesivi dell'autonomia professionale. Una mobilitazione che assume ormai una portata generalizzata anche se con vari distinguo.

Un punto in comune

In questo scenario ancora tutto da scrivere, la trasformazione del percorso formativo in una Scuola di specializzazione universitaria rappresenta l'unico vero punto di contatto ideale tra le diverse anime del tavolo negoziale. Tuttavia, anche su questo fronte il consenso tra i rappresentanti di categoria non è unanime: il dibattito resta acceso proprio sulla denominazione del titolo, con una parte della categoria che rifiuta l'ibridazione

con la "Medicina di Comunità" e rivendica con forza l'istituzione di una specialità esclusiva in "Medicina generale", in linea con i documenti europei che la definiscono come una disciplina autonoma e a sé stante.

Al di là delle singole mediazioni tecniche, il confronto aperto in queste settimane mette in evidenza un tema più profondo: il passaggio da una Medicina generale costruita prevalentemente attorno allo studio professionale del singolo medico a un modello territoriale più integrato, organizzato e strutturato attorno alle CdC. Ed è proprio qui che si concentra il vero scontro politico e culturale.

Questioni divergenti

Per Governo e Regioni, il problema principale è rendere concretamente funzionante la rete territoriale finanziata dal Pnrr. Per larga parte della categoria, invece, il rischio è che l'integrazione organizzativa finisca progressivamente per ridurre l'autonomia professionale e il rapporto fiduciario che storicamente caratterizzano la Medicina generale italiana.

Sindacati uniti contro il decreto, divisi sul modello futuro

Quasi tutte le sigle della categoria hanno ormai proclamato lo stato di agitazione o avviato iniziative di protesta contro la bozza di decreto sul riordino delle Cure primarie, ma le posizioni restano tutt'altro che omogenee. Dietro la contestazione comune emergono infatti profonde differenze politiche e organizzative sul futuro del Medico di medicina generale (Mmg), sul rapporto di lavoro e sul ruolo delle Case di Comunità (Cdc).

Al centro dello scontro vi sono soprattutto il ruolo unico, il cosiddetto "debito orario", la possibile introduzione di forme di dipendenza nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) e la riorganizzazione dell'attività dei Mmg nelle Cdc previste dal Dm 77.



Linea dura contro ogni ipotesi di dipendenza

La posizione più rigida resta quella della Fimmg. Il recente Consiglio nazionale del sindacato ha bocciato senza aperture la bozza di riforma, ribadendo il no "a qualsiasi riduzione dello spazio convenzionale" e a ogni forma di dipendenza, "anche residuale".

• **Il modello.** Per Fimmg il rapporto convenzionale resta il cardine della Medicina generale e rappresenta la garanzia del rapporto fiduciario con il paziente. Il sindacato considera incompatibile con questo assetto un'organizzazione fondata su turni, debiti orari o subordi-

nazione alle aziende sanitarie.

• **Lo stato delle trattative.** Confermato lo stato di agitazione e l'ipotesi di sciopero, pur lasciando aperto il canale del dialogo purché si escludano modelli considerati lesivi dell'autonomia del Mmg.

• **Formazione.** Condivide l'ipotesi della specializzazione universitaria, a patto di preservare la specificità professionale della disciplina.



No alla dipendenza, critiche al ruolo unico

Anche la Federazione medici territoriali (Fmt) ha proclamato lo stato di agitazione, ma focalizza le proprie critiche principalmente sul ruolo unico e sulla gestione del lavoro territoriale.

• **Il rischio "ibrido".** Secondo Fmt, la riforma rischia di trasformare il medico di famiglia in una figura indifferenziata, obbligata a coprire attività troppo distanti tra loro (dall'assistenza primaria alle funzioni orarie e territoriali), aggravando la crisi di attrattività della professione.

• **Organizzazione.** Pur contraria alla dipendenza strutturale nel Ssn, Fmt si mostra meno barricadera sul riordino organizzativo delle Cure primarie, insistendo piuttosto sul potenziamento di strumenti, personale di supporto e sostenibilità delle Cdc. Sostenuta anche in questo caso la specializzazione universitaria.



Protesta sul territorio, ma apre alla dipendenza volontaria

Più articolata la posizione del Sindacato medici italiani (Smi), che pure ha scelto la mobilitazione con una manifestazione nazionale davanti al Ministero della Salute per contestare l'uso dello strumento del decreto-legge su materie di pertinenza della contrattazione collettiva nazionale.

• **I punti di rifiuto.** No fermo al ruolo unico, al debito orario e alla retribuzione legata agli obiettivi, considerati strumenti che trasformerebbero il Mmg in un mero esecutore di prestazioni aziendali.

• **L'apertura alla dipendenza.** A differenza di Fimmg e Fmt, lo Smi apre esplicitamente alla possibilità di un rapporto di lavoro dipendente nelle Case di Comunità, purché avvenga su base esclusivamente volontaria e mantenga il ruolo professionale di medico di cure primarie. Chiede inoltre la specializzazione universitaria con equipollenza per chi possiede già il diploma di formazione specifica.



Si condizionato alla riforma

L'orientamento del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (Snami) si definisce prudente ma

costruttivo, non rifiutando la riforma nel suo complesso ma esigendo precise tutele.

• **Dipendenza solo come *extrema ratio*.** Snamì valuta positivamente il rafforzamento delle Case di Comunità, ma chiede che la

convenzione resti il modello ordinario. La dipendenza dovrebbe configurarsi solo come misura straordinaria e residuale per poter coprire le aree carenti o gli incarichi vacanti.

• **Le perplessità.** Forti timori sul

rischio che il Medico di medicina generale venga utilizzato in modo indifferenziato dalle aziende sanitarie per coprire i turni e le carenze dei servizi territoriali, intaccando la centralità del rapporto fiduciario con l'assistito.

I distinguo delle posizioni sindacali

Sindacato	Posizione sulla Dipendenza	Ruolo Unico / Debito Orario	Scuola di Specializzazione
Fimmg	Contrarietà assoluta (anche residuale)	Contrario	Favorevole (con tutela della specificità)
Fmt	Contraria	Contrario (rischio figura ibrida)	Favorevole
Smi	Favorevole (solo su base volontaria)	Contrario	Favorevole (con equipollenza titoli pregressi)
Snamì	Tollerata (solo come misura residuale)	Perplesso (rischio figura indifferenziata)	Favorevole

C'è chi dice sì alla dipendenza: una voce fuori dal coro

In netta controtendenza rispetto all'orientamento espresso dai sindacati maggiormente rappresentativi seduti al tavolo negoziale, il Movimento medici di medicina generale per la dirigenza è tornato a far sentire la propria voce, rilanciando una campagna pubblica di sensibilizzazione rivolta a Governo, Parlamento e Regioni.

La proposta del movimento si discosta radicalmente dalla difesa a oltranza del solo modello convenzionale, articolandosi su due punti cardine:

- 1 L'istituzione della Scuola di specializzazione universitaria in Medicina generale, di comunità e delle cure primarie.
- 2 L'introduzione di un doppio canale volontario che per-

metta di scegliere tra convenzione e dipendenza nel Ssn.

Per una Medicina generale europea

Nel comunicato diffuso, il movimento sostiene la necessità di "portare la Medicina generale in Europa", superando modelli organizzativi ritenuti non più adeguati ai bisogni assistenziali della popolazione e al nuovo assetto territoriale delineato dal Dm 77.

Secondo questa visione, la nuova specializzazione universitaria dovrebbe formare professionisti pronti per il lavoro in équipe multidisciplinari e competenti nella gestione della cronicità, della multimorbilità e della medicina d'iniziativa.

Il doppio canale, spiegano i promotori, "*non divide e non esclude*", ma punta a rafforzare l'assistenza territoriale consentendo ai Mmg che lo desiderano di operare come dirigenti medici dipendenti dello Stato. Questo garantirebbe una presenza stabile e strutturata all'interno delle Case di Comunità, favorendo una reale integrazione con gli altri nodi della rete sanitaria.

La campagna, supportata dagli hashtag *#PortiamoLaMedicinaGeneraleInEuropa*, *#SiAllaSpecializzazione* e *#SiAlDoppioCanale*, punta a coinvolgere direttamente anche la cittadinanza, affinché il riordino delle Cure primarie diventi una priorità concreta per il futuro e la sostenibilità del Ssn.



Senza continuità della cura la medicina vicina ai cittadini fallisce

Il Viewpoint pubblicato di recente su The Lancet richiama il valore della Primary care come funzione di presa in carico, integrazione e continuità assistenziale.

Un'impostazione che si intreccia con il confronto italiano su Case di Comunità, ruolo dei Mmg e futuro della Medicina generale nel Ssn

Nel dibattito sulla riforma dell'assistenza territoriale, dalla comunità scientifica internazionale arriva un richiamo: la *Primary care* non può essere ridotta a una sede o a una sommatoria di prestazioni, ma deve rappresentare l'architettura della continuità delle cure.

È il messaggio del *Viewpoint* (articolo di opinione) *Reviving the promise of primary care: redesigning service delivery to promote core functions*, secondo cui le cure primarie stanno "sottoperformando a livello globale" e richiedono una profonda riprogettazione.

L'analisi si inserisce nel confronto italiano sulla riforma del Ministro della Salute **Orazio Schillaci** e sul ruolo delle Case di Comunità, della medicina generale e del rapporto convenzionale dei Mmg.

Secondo gli autori, molti sistemi sanitari hanno smarrito la visione della Dichiarazione di Alma-Ata del 1978, orientandosi verso modelli frammentati e centrati sull'erogazione di singole prestazioni.

Una dinamica che richiama le preoccupazioni della Medicina generale italiana, dove si teme una riforma prevalentemente organizzativa senza incidere sulla continuità clinica e relazionale.

Per *Lancet*, la *primary care* non è solo primo accesso ma funzione di

orientamento e presa in carico nel tempo, integrando prevenzione, cronicità, fragilità e raccordo con specialistica e ospedale.

I bisogni di salute

Gli autori individuano quattro funzioni chiave: primo riferimento per i bisogni di salute, intercettazione precoce dei rischi, continuità di cura lungo la vita, coordinamento tra servizi e reti sociali.

Nel confronto italiano la riforma prevista dal Dm 77 e dal Pnrr punta a rafforzare la prossimità con Case di Comunità, équipe multiprofessionali e integrazione sociosanitaria. Resta aperto il nodo del modello di medicina generale.

Il documento insiste sul valore della continuità: non basta aumentare l'offerta se manca una presa in carico coerente. La prossimità è anche temporale e relazionale, non solo geografica.

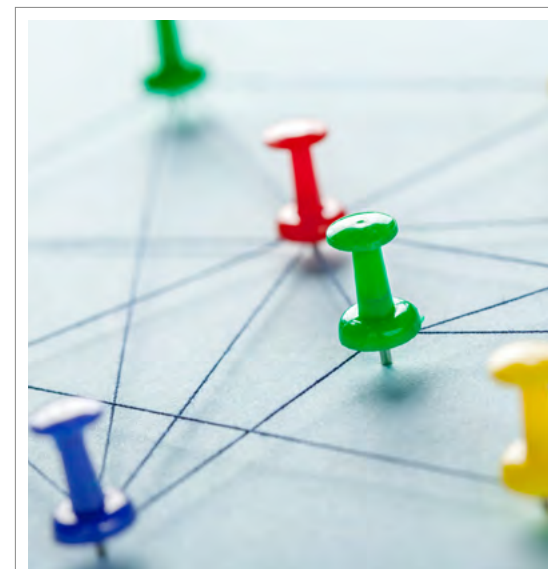
Una riflessione condivisa da parte della medicina generale, che teme una trasformazione del Mmg in semplice erogatore di prestazioni, indebolendo il rapporto fiduciario. Altro punto centrale è il lavoro in équipe, con modelli multidisciplinari integrati. Un'impostazione coerente con le Case di Comunità, ma che richiede investimenti, interoperabilità e sistemi informativi

longitudinali.

Sulla digitalizzazione, il documento riconosce il ruolo di telemedicina e AI, ma avverte: senza visione sistemica possono aumentare le disuguaglianze e i divari di accesso.

L'articolo richiama infine la necessità di una medicina territoriale capace di intercettare precocemente bisogni clinici e sociali, rafforzando il collegamento tra livelli di cura.

"La *Primary care* resta il fondamento dei sistemi sanitari resilienti", conclude il documento, ma il suo rilancio richiede una riprogettazione centrata su continuità e integrazione.





Le cure primarie in Spagna tra gestione delle cronicità e innovazione

Tramite l'osservazione diretta del centro di salute San José a La Coruña in Galizia, l'articolo illustra le potenzialità e le criticità del modello sanitario iberico. L'integrazione tra medicina territoriale, strumenti tecnologici e supporto sociale permette di puntare a una solida gestione della cronicità. Tuttavia, l'analisi evidenzia come anche i sistemi migliori debbano affrontare risorse limitate a fronte di bisogni crescenti, richiedendo a Mmg e operatori del Ssn di gestire le criticità con flessibilità, pragmatismo e una sana rassegnazione

Andrea Mangiagalli - Medico di medicina generale - Milano

Il dibattito in corso sulla riforma delle cure primarie nel nostro Paese mi ha spinto a osservare *de visu* il modello iberico, spesso portato ad esempio anche in Italia. Trovandomi in Spagna, ho deciso di presentarmi al centro di salute *San José a La Coruña* (Galizia) un lunedì mattina per constatarne il funzionamento. Ovviamente anche qui il lunedì è un giorno di grande lavoro per le strutture sanitarie ma, pur senza un appuntamento previsto, la **collega Maria José** mi ha fissato un incontro per il primo po-

meriggio. Nel frattempo, ho potuto girare liberamente per la struttura e rendermi conto della sua funzionalità. La struttura non è certamente definibile come una "casa", bensì assomiglia ad un ospedale per l'imponenza. Si tratta di una costruzione di sei piani strutturata di fatto come un ospedale.

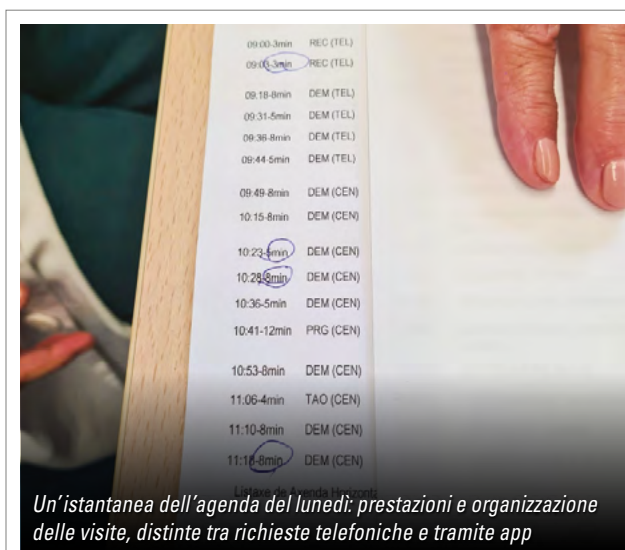
L'organizzazione degli spazi

Al piano terra era presente una lunga fila di pazienti ad accesso diretto che si erano presentati per la vacci-

nazione, poi era presente l'accettazione del punto prelievi e una accettazione generale della struttura per informazioni. Ogni piano ha un bagno diviso per uomini e donne. Una guardia giurata manteneva l'ordine. Questa rappresenta una delle tredici strutture presenti in città. Al primo piano è presente tutta la struttura amministrativa che gestisce questa imponente organizzazione che si occupa di turni, acquisti di materiali, e la farmacia che dispensa alcuni farmaci di alto costo direttamente al paziente.



Ingresso principale del Centro di salute San José a La Coruña, Galizia. Il punto di riferimento per la salute locale



Un'istantanea dell'agenda del lunedì: prestazioni e organizzazione delle visite, distinte tra richieste telefoniche e tramite app



Il secondo e terzo piano sono dedicati agli ambulatori dell'assistenza primaria con un ampio *desk* di accoglienza ove è presente una segretaria che assegna il numero ai pazienti e li smista ai medici presenti. Due infermiere per ogni piano coadiuvano i medici nello svolgimento dell'attività giornaliera con esecuzione di Ecg, spirometrie, retinografia oltre a medicazioni quando necessarie.

Il quarto piano è dedicato esclusivamente alla pediatria e alla riabilitazione.

Al quinto piano sono presenti gli ambulatori di ostetricia, gli igienisti dentali, l'odontoiatria e l'assistente sociale oltre all'aula della formazione.

Al sesto piano è presente l'area dedicata alla coorte IMPaCT, che è un progetto di ricerca epidemiologica del Programma di Medicina predittiva dell'Infrastruttura di medicina di precisione associata alla scienza e alla tecnologia, per comprendere e migliorare la salute della popolazione spagnola. Attraverso il Programma di Medicina predittiva, uno dei tre pilastri strategici di IMPaCT, verrà configurata una coorte multifunzionale basata sulla popolazione, integrando informazioni sugli stili di vita e sul contesto sociale e ambientale, sulla situazione clinica e su molti altri fattori.

Il sistema digitale e l'accesso

Il sistema di accesso alla struttura avviene attraverso un portale nazionale con un'app sul telefono. Da questa applicazione è possibile gestire in autonomia praticamente tutta la propria storia clinica e farmacologica, con il registro di tutte le prestazioni svolte negli anni, i referti delle analisi e tutte le immagini di diagnostica radiologica, oltre al registro vaccinale. Il tutto è gestito attraverso un gestionale alimentato dai medici di assistenza primaria,

dai pediatri e da tutti gli attori del sistema, ospedali compresi. Il sistema informatico in questo momento sta scontando ritardi operativi per il passaggio alla versione 5.0 che andrà a sostituire quella vecchia.

Comunicazione e prevenzione

La struttura è caratterizzata da un sistema di orientamento e comunicazione visiva estremamente curato. In ogni ambiente, compresi bagni e scale, si trovano cartelli efficaci che promuovono la prevenzione e stili di vita sani: lungo le scale, ad esempio, sono indicati i consumi calorici per piano (4 Kcal/min), mentre in sala d'attesa un avviso ricorda che *"non esiste alcun livello minimo sicuro nel consumo di tabacco"*. Sui monitor che indicano i turni scorrono continuamente video educativi e animazioni che affrontano diverse tematiche: dalla prevenzione della Bpco nelle donne esposte a contaminanti domestici e la tempestività di intervento per un sospetto ictus, fino alle informazioni di supporto per l'assistenza familiare e all'accesso alla modulistica tramite QR code. In sintesi, ogni momento di accesso e attesa è trasformato in un'occasione di informazione e prevenzione.

Personale e modalità di lavoro

Nella struttura di La Coruña lavorano 23 medici di medicina generale, 5 pediatri, 19 infermieri, 1 ausiliaria, 3 odontoiatri, 2 igienisti dentali, 2 ostetriche e 2 infermiere dedicate alle ostetriche, 2 farmacisti, 4 fisioterapisti, 18 amministrativi e un assistente sociale, che lavorano su due turni dalle 8.30 alle 14.00 e dalle 15.00 alle 20.30. Fuori da questi orari, la notte e nei festivi, è attivo un unico centro cittadino che gesti-



Stazione di telemedicina per il monitoraggio domiciliare in remoto

sce le urgenze. L'accesso avviene di norma attraverso prenotazioni con un'attesa media di 7-10 giorni per poter visitare il proprio medico di assistenza primaria; per le urgenze gestite dal *triage* amministrativo/infermieristico la visita può avvenire anche in giornata (ad esempio per certificazioni di malattia), ma non col proprio medico. La cosa non è assolutamente incentivata e le urgenze sono molto filtrate.

Tutte le cartelle cliniche sono gestite attraverso un unico *software* nazionale dove ogni singolo atto medico viene registrato, in modo da essere facilmente tracciabile. Ovviamente anche qui la parte burocratica assorbe tempo importante. La tempistica di lavoro di una giornata tipo è ben esemplificata dallo schema che la collega mi ha mostrato. Il medico viene valutato su circa 40 prestazioni complessive nell'arco della giornata lavorativa che comprendono visite, ripetizione di ricette, certificazioni di malattia,

telefonate/televisite. I tempi sono prefissati dal sistema di prenotazione per cui una certificazione medica o la ripetizione di una ricetta di farmaci è stabilita in 3 minuti, una visita di controllo in 8 minuti, una prima visita in 12 minuti, una consultazione telefonica 5 minuti e via dicendo. Terminato l'orario di studio il medico non è più disponibile né raggiungibile.

Retribuzioni e telemedicina

I medici sono retribuiti dal servizio sanitario direttamente come dipendenti. Lo stipendio a *La Coruña* (Galizia) si aggira sui 3.500 euro al mese con punte anche più elevate in regioni autonome come la *Catalunya* e i Paesi Baschi dove sono anche vicine ai 5.000 euro al mese. È garantito un mese di ferie anche se è possibile accumulare altri giorni in caso di orario lavorativo extra. Malattia e maternità sono ovviamente tutelate come per tutti i dipendenti. Occasionalmente sono necessarie visite domiciliari che sfruttano un apparato di telemedicina molto performante che attraverso un *tablet* è in grado di erogare

re una decina di esami che verranno prontamente riportati nella cartella clinica del paziente.

Servizi aggiuntivi e supporto sociale

A completamento di questa struttura sanitaria, poco lontano è presente lo **Espazo +60** finanziato da una importante banca della Regione (Abanca) che eroga molti servizi agli over 60, tra cui uno particolarmente interessante che è un servizio di mobilità *green* basato su *risciò* a batteria gestito da volontari e che si occupa di portare "a spasso" per la città gli anziani: **Pedalear & Conversar**, un programma di volontariato che accompagna le persone anziane con mobilità ridotta a fare un giro su un triciclo elettrico, con l'obiettivo di vivere un'esperienza gratificante chiacchierando, condividendo storie e momenti piacevoli sentendo il vento sul viso. In questo modo si cerca di combattere la solitudine non voluta, l'isolamento sociale e promuovere le relazioni intergenerazionali degli anziani con altre persone della loro comunità locale, godendosi lo spa-

zio pubblico della città. Il volontariato si basa su alcuni principi che rendono l'attività ideale per tutti coloro che desiderano partecipare a un'iniziativa solidale e favorire un buon trattamento delle persone anziane: generosità, pedalare lentamente, un mondo di storie da ascoltare, creare nuove amicizie e relazionarsi senza barriere d'età. Questo a dimostrazione che la salute non passa esclusivamente attraverso cure mediche ma soprattutto grazie ad una rete sociale ben funzionante.

Considerazioni finali

Pur in una visita durata nel complesso un'ora la sensazione è che la Spagna abbia trovato un modello efficiente e solido di assistenza primaria, anche se la carenza di personale medico e infermieristico è comunque un problema e lo spopolamento delle aree rurali una ulteriore difficoltà per erogare cure di qualità e capillari.

La voce dell'utenza comunque, pur apprezzando la funzionalità delle strutture, lamenta tempi di visita molto brevi e attese per gli appuntamenti troppo lunghi. Certo è che per far funzionare strutture di questo tipo coi volumi visti in un "normale" lunedì mattina di stagione influenzale devi per forza fare delle scelte. Ed è evidente che il problema della pressione dell'utenza sui servizi sanitari in tutti i Paesi occidentali sta diventando un serio problema, complice ovviamente l'invecchiamento della popolazione con il carico di cronicità non sempre affrontabili secondo le linee guida o Pdta che dir si voglia. L'ipertrofia diagnostica e terapeutica che grava sulle cure primarie è quella che dovrebbe ridurre l'accesso al secondo livello e anche al Pronto Soccorso, ma nonostante gli sforzi non sembra una strategia totalmente efficace.



Spazio dedicato all'attesa dei pazienti prima della consultazione



L'autodistruzione della prossimità nella sanità territoriale

Trent'anni di riforme hanno trasformato il Mmg da clinico a manager e burocrate aziendale.

Tra la trappola della strategia dell'incentivazione, che ha frammentato l'assistenza, e il miraggio delle Case di Comunità, il rischio reale è la smilitarizzazione del territorio

Alessandro Chiari

Segretario regionale Fismu e Vicesegretario Fmt, Emilia-Romagna

In questi ultimi trent'anni il modo di lavorare del Mmg è fortemente cambiato, passando da un basso livello di lavoro manuale ad una *golden age* dove era diventato *manager* di se stesso, fino a trasformarsi in un responsabile amministrativo delle risorse e delle spese aziendali dal lato farmacologico e assistenziale. Abbiamo così assistito a un progressivo passaggio di compiti sempre più complessi e gravosi dal comparto ospedaliero a quello territoriale.

I progetti a incentivo

La politica della contrattazione dell'organizzazione del lavoro nella Medicina generale (Mg) è stata *in primis* viziata dalla "strategia dell'incentivazione". Si è mirato, cioè, a incentivare il medico di famiglia in relazione a progetti specifici che lo hanno portato a un'accresciuta mole di lavoro. Il meccanismo, sebbene partito con la migliore delle intenzioni - ovvero il miglioramento dell'assistenza attraverso una serie di progetti peculiari e proprietari, per cui l'azienda incentivava i medici che si impegnavano negli obiettivi consensualmente fissati -, è impleso. Invece di portare l'assistenza a un livello ottimale, di fatto si è fram-

mentato il sistema offrendo differenti *standard* prestazionali, basati esclusivamente sull'adesione dei medici ai diversi progetti. Con l'esito di un'assistenza erogata per niente uniforme.

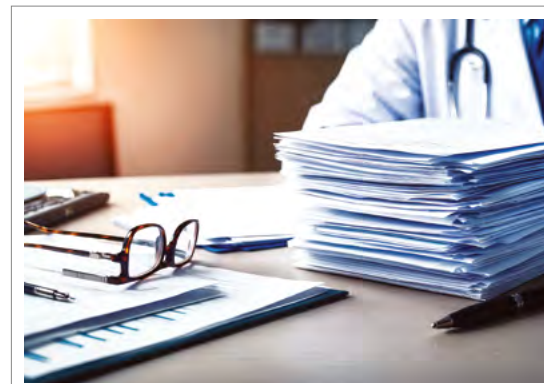
Quello che sta accadendo ora è il tentativo di regimentare l'assistenza territoriale, concentrando i Mmg in strutture ad alta visibilità politica. In questi contesti il medico opera all'interno di un'organizzazione più complessa, ma si trova anche a farsi carico di una serie di compiti burocratici distrettuali non necessari all'assistenza clinica. Si assumono così mansioni amministrative proprie dell'organizzazione aziendale, che alleggeriscono le aziende sanitarie, ma gravano sul professionista con attività del tutto estranee alla sua reale funzione.

Il miraggio delle Cdc

Concentrare le risorse nelle CdC e negli Ospedali di Comunità, smantellando la rete capillare degli ambulatori, è un grave errore di 'smilitarizzazione' del territorio. Questo declino dell'assistenza di prossimità porta a un'ospedalizzazione territoriale centralizzata, che allontana i servizi dai cittadini, genera confusione e distrugge il rapporto fiduciario fondato sulla libera scelta del

medico. Come Mmg, viviamo ogni giorno il confronto diretto con il cittadino, un 'paziente psico-sociale' che, rimasto assetato di sanità dopo la pandemia, spesso non tollera i limiti normativi in cui siamo costretti a muoverci.

La spinta contrattuale verso l'associazionismo medico, nata per ammortizzare spese di gestione crescenti, ha spinto i medici di famiglia ad aggregarsi in macro-studi comuni. La 'medicina di gruppo' ha così vissuto una forte espansione, ma a scapito della capillarità sul territorio. A pagare il prezzo più alto sono i pazienti fragili: un'utenza penalizzata dagli acciacchi dell'età che, oggi più che mai, ha bisogno di servizi di prossimità e di quel vecchio medico di fiducia raggiungibile nello studio sotto casa.



Medici di famiglia, stop alle discriminazioni sulla maternità

Una storica sentenza della Corte Costituzionale stabilisce che la gravidanza non può penalizzare la carriera delle future Mmg. Boccia la norma che imponeva di recuperare i periodi di maternità obbligatoria, con effetti negativi su graduatorie e anzianità di servizio

La Corte Costituzionale, con la Sentenza n. 76/2026, ha cancellato una regola che penalizzava ingiustamente le dottoresse impegnate nel corso di Formazione in Medicina generale. Fino ad oggi, se una corsista doveva fermarsi per una gravidanza, il ritardo nel prendere il diploma si trascinava dietro conseguenze negative per tutta la vita lavorativa. Ora non sarà più così.

Cosa cambia in concreto? Il problema nasceva dal fatto che, per legge, le corsiste devono recuperare ogni giorno di assenza

per maternità. Questo le portava a dare l'esame finale mesi (o anni) dopo i loro colleghi. Secondo i Giudici, questo ritardo causava due gravi danni:

- 1** Meno "punti" in graduatoria. Entrando in ruolo più tardi, le dottoresse avevano meno anzianità, restando svantaggiate nei trasferimenti o nei cambi di sede per tutto il periodo della loro carriera.
- 2** Contratti peggiori. Se nel frattempo cambiavano le regole nazionali attraverso l'Accor-

do collettivo nazionale per la Mg, le madri rischiavano di trovarsi con contratti meno vantaggiosi rispetto ai compagni di corso che avevano terminato nei tempi previsti il Corso di formazione specifica in Medicina generale.

La decisione della Corte

"Non si può punire chi sceglie di avere figli". La Consulta ha stabilito che queste regole violano la Costituzione perché trattano la maternità come una "colpa" o un ostacolo. La Corte è stata molto chiara: penalizzare le dottoresse in questo modo finisce per disincentivare la scelta di avere figli, un effetto che l'Italia non può permettersi. "La maternità non deve trovare ostacoli per il fatto che la madre sia una lavoratrice". Con questa decisione il diploma di medicina generale ottenuto da chi ha dovuto fermarsi per maternità avrà un valore retroattivo. In pratica, ai fini del contratto con il Ssn e della carriera, la dottoressa verrà considerata come se si fosse diplomata insieme a tutti gli altri colleghi della sessione ordinaria. In questo modo, i mesi di recupero necessari per la formazione non peseranno più come un "freno" sulla sua posizione lavorativa.



La Corte Costituzionale cancella le disparità per le corsiste di Medicina generale



Thank You Doctor! La sfida globale per rimettere la cura al centro

Un'iniziativa internazionale promossa con la Pontificia Accademia per la Vita punta a rilanciare il ruolo del medico di medicina generale. L'obiettivo è contrastare burocrazia e burnout, tutelando il rapporto di fiducia con il paziente attraverso una nuova rete globale di volontariato

In un momento storico segnato da una pressione senza precedenti sui sistemi sanitari e da un crescente senso di distacco tra professionisti e assistiti, la campagna internazionale *"Thank You Doctor!"* ha annunciato iniziative cruciali per il futuro della medicina territoriale. Attraverso una collaborazione con la Pontificia Accademia per la Vita, è stata presentata la *"Dichiarazione sulla Riscoperta del Medico di Cure Primarie e l'Umanizzazione dei Sistemi Sanitari"*, un appello globale che riafferma il ruolo del medico di famiglia come primo punto di accesso e figura chiave per la continuità assistenziale.

Il Mmg come "compagno di strada"

La Dichiarazione sottolinea come il medico di medicina generale non debba essere considerato esclusivamente un professionista clinico, ma un vero e proprio "compagno di strada" (e non solo *stretto*), capace di comprendere il paziente all'interno del suo contesto vitale, familiare e sociale. Questa relazione di fiducia, costruita nel tempo, è la base per una cura più personalizzata, efficace e umana, fondamentale anche per la sostenibilità dei sistemi sanitari attraverso la prevenzione e l'educazione alla salute.

Il movimento, sostenuto dalla *Dr. Ramon Tallaj Foundation* e da *Somos Community Care*, esprime una profonda preoccupazione per il progressivo indebolimento del rapporto medico-paziente. Tra le cause principali identificate figurano:

- **L'eccessivo carico di lavoro.**
- **La burocratizzazione esasperata.**
- **La mancanza di un adeguato riconoscimento professionale.**

Queste condizioni non solo alimentano il fenomeno del *burnout* tra i medici, ma impattano direttamente sulla qualità delle cure ricevute dai pazienti.

Per tradurre questi principi in azioni concrete, *"Thank You Doctor!"* ha lanciato una nuova piattaforma globale di volontariato. L'iniziativa mira a coinvolgere i cittadini (già oltre 1,2 milioni di aderenti) in attività locali per diffondere messaggi positivi sulla medicina e creare spazi di dialogo, come i *"Thank You Doctor! Talks"*. L'obiettivo è sensibilizzare la società civile sull'importanza di proteggere e valorizzare il lavoro del Mmg, considerato un agente essenziale di coesione sociale e supporto nelle fasi di maggiore vulnerabilità della vita.

Un appello alle istituzioni

La campagna si conclude con un appello urgente ai decisori politici

e alle istituzioni affinché le cure primarie vengano rafforzate. Mettere il medico di famiglia al centro significa costruire un sistema sanitario più equo, umano e capace di rispondere ai reali bisogni delle persone, garantendo al contempo la dignità del lavoro medico attraverso risorse adeguate e il rispetto del tempo di cura.

Secondo i promotori dell'iniziativa, il rischio concreto è che la progressiva perdita del rapporto continuativo tra medico e paziente impoverisca non solo l'assistenza sanitaria, ma anche il tessuto sociale delle comunità. In un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle cronicità e dalle difficoltà di accesso alle cure, il Mmg viene indicato come una figura insostituibile di orientamento, ascolto e presa in carico.



"Thank you, Doctor!" è una campagna globale che mira a valorizzare il ruolo umanizzante che i Mmg svolgono nel sistema sanitario e nella società



Burnout tra operatori sanitari: la connessione è la risposta

Riconoscere la sofferenza dei medici, purtroppo sempre più diffusa nella nostra società, è un passo importante, perché ci stimola a vedere cosa non funziona e allo stesso tempo a cercare dei rimedi. In questa ricerca, una possibile risposta sta nel riconnettersi, con se stessi e con gli altri

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

Negli ultimi decenni si registra un sempre maggiore disagio tra medici, al punto da rappresentare ormai una problematica particolarmente concreta. Spesso si traduce nel cosiddetto *burnout*, in grado di disintegrare la qualità di vita dei sanitari e al contempo ricadere in maniera drammatica sullo svolgimento della professione. Quali sono le dinamiche che lo guidano, cosa fare per prevenirlo e per prendersene cura se ci si è dentro? Ne abbiamo parlato con la dottoressa **Maria Antonietta Balzola**, medico psichiatra, docente presso l'Università popolare *In Corde scientia*. Tiene seminari sulla "compassion" e sul *burnout*.

1 **Dottoressa, perché negli ultimi anni si parla così tanto di *burnout*? È perché c'è maggiore attenzione al problema o è effettivamente una situazione in crescita?**

Certamente se noi guardiamo con interesse a una cosa, la troviamo più spesso sotto i nostri occhi. Ricordo Oliver Sacks che, mentre studiava la Sindrome di Gilles de la Tourette, con-

statava che ce ne erano molte di più in giro, come mai aveva visto prima. D'altro canto, le statistiche ci dicono che siamo in presenza di una situazione di grave emergenza psicologica per il personale sanitario in tutta Europa e in Italia (rapporto MeND: Mental Health of Nurses and Doctors). In particolare in Italia il 28% dei medici e il 32% degli infermieri presenta sintomi depressivi, mentre il 24% manifesta disturbi d'ansia. Più di un operatore su dieci ha dichiarato di aver avuto pensieri di suicidio passivo. Riconoscere la sofferenza degli operatori sanitari è un passo importante perché ci stimola a vedere cosa non funziona nel sistema e allo stesso tempo a cercare dei rimedi per far fronte al problema, dato che la sofferenza, in chiunque si manifesti, si riflette poi sugli altri, in questo caso sui pazienti, sui colleghi, sul sistema stesso.

2 **Anche il Mmg è interessato?**

I medici di corsia, dei Ps, della medicina intensiva, della chirurgia potrebbero essere più colpiti dei Mmg, ma

credo che lo *stress* di un neurochirurgo, per fare un esempio, sia ricompensato dai risultati più immediatamente percepibili del suo lavoro. Così il vedere una persona in fin di vita che si riprende sotto le tue mani dà una gioia infinita. Questo è più difficile che succeda nel contesto della Medicina generale dove prevale spesso, e sempre di più, l'adempimento della burocrazia, la folla dei pazienti che bussa alla porta, la gestione delle cronicità. Il piacere (e la fatica) del medico condotto di una volta che doveva magari fare chilometri per raggiungere un paziente grave in un casolare di montagna, sono ormai un antico ricordo. Tra medico ambulatoriale e paziente ora non ci sono km di distanza, ma un telefono, un computer, un messaggio WhatsApp, che rappresentano un altro tipo di lontananza. Seppur "comodi", non facilitano il contatto, e quindi la connessione umana e l'empatia/compassione, che rappresentano spesso la più profonda motivazione di un medico nel suo lavoro.

3 **Cosa si intende per empatia/compassione?**

Sono due termini che spesso vengono sovrapposti e confusi, oppure si pensa che la compassione sia semplice commiserazione. Dalle neuroscienze, invece, impariamo che sono due sentimenti molto diversi, anche se connessi fra loro, e vengono sollecitati da due differenti circuiti neurali.

L'**empatia** è il sentire ciò che sente l'al-



Maria Antonietta Balzola

Medico psichiatra, già dirigente medico in Unità di psichiatria a Rho (Mi), insegna presso Università Popolare in Corde Scientia e presso altri Enti pubblici e privati su Compassion e Burnout. Ha pubblicato con altri AA: *Compassion-Oriented Mindfulness-Based Program and Health Professionals. A Single-Centered Pilot Study on Burnout*. *Eur J Mental Health* 2019; 14: 280-95.



tro: piacere, dolore, angoscia, ecc. La **compassione** ci permette di sentire l'altro, ma ci stimola anche a portargli benessere. Mentre con l'empatia ci affatichiamo *sentendo* il dolore dell'altro, fino a stremarci tanto da rendere "necessario" prendere le distanze, a volte anche assumendo atteggiamenti cinici difensivi, nella compassione troviamo la soddisfazione di poter essere di aiuto, e questo nutre il sistema della ricompensa dopaminergico e di affiliazione (endorfine, ossitocina) del nostro cervello, che ci porta a continuare a portare soccorso, anche in situazioni estreme. È un circolo virtuoso che si autoalimenta, anche perché ci fa percepire la **connessione umana profonda con l'altro**, che è fondamentale per il benessere psico-fisico della persona, e quindi anche del medico. Purtroppo queste cose non vengono spiegate agli studenti di Medicina e neanche nelle Specializzazioni o nei corsi di formazione continua. Questa è una drammatica carenza perché veniamo addestrati solo al saper fare e non al saper Essere. Ci sono corsi di formazione, tra cui segnalo quelli dell'Università popolare in Corde Scientia Upics (Ecm riconosciuti) e i seminari dell'associazione Tonglen.it.

4 Quali sono i campanelli d'allarme?

Non si prova più l'entusiasmo per la propria professione e fa capolino un certo **disinteresse**, un'apatia sul lavoro che poi si diffonde anche in altre aree della vita personale, assieme a un **sensò di esaurimento mentale** e a **difficoltà di concentrazione**. Una certa **freddezza** nelle relazioni è un campanello d'allarme importante. Inoltre, si possono manifestare **insonnia, ansia e depressione** o vere e proprie **malattie organiche** come forme di somatizzazione dello stress e dell'insoddisfazione di fondo percepito nel lavoro di cura. **Se riusciamo a cogliere i primi disagi, possiamo fermarci e ascoltarci**: cosa mi disturba? Che emozio-

ne sento? Di cosa ho bisogno? Fondamentale intervenire il più presto possibile per potervi porre **rimedio**, prima di tutto con la propria consapevolezza, e ricercando degli **strumenti semplici quotidiani** (aver cura del sonno, di tempi di riposo e vacanza, alimentazione sana, svago, sport, coltivare l'amicizia e i rapporti familiari, la meditazione Mindfulness, lo yoga o pratiche di rilassamento, compassione e consapevolezza) anche con l'aiuto di un professionista, se necessario. E spesso è necessario nella prima fase, per capire l'entità del problema e cominciare a mettere le basi della sua risoluzione.

5 Quali sono le principali cause del burnout?

Le cause riconosciute tradizionalmente sono multiple: eccessivo carico di lavoro, alto *turn-over*, difficili rapporti con colleghi, problemi personali, ma non dobbiamo dimenticare l'utilizzo sempre più pressante di linee guida e protocolli terapeutici che limitano la creatività e la capacità umana e intuitiva del medico, riducendo la sua espressione più profonda nella relazione d'aiuto. Viene così a ridursi il *rewarding* connesso proprio con il riconoscimento reciproco all'interno della relazione. Se prevalgono le scelte pratiche, economiche - anche quando talora sono in contrasto con il bene del paziente - si crea una sorta di deumanizzazione del rapporto medico-paziente con l'insorgenza di quello che venne definito da A. Jame-ton "**Moral Distress**", inteso come "una sensazione dolorosa che si manifesta quando si è consapevoli dell'azione moralmente più appropriata alla situazione, ma non è possibile metterla in atto a causa di ostacoli istituzionali." Tutto ciò non è privo di costi umani in quanto la dissintonia tra il proprio nucleo etico personale e il comportamento dell'operatore induce il distacco dal proprio Sé e il congelamento degli affetti. Viene quindi meno quella forza vitale, centrale nell'uomo, che è alimentata dall'amore e dalla compas-

sione, che ci possono permettere di superare indenni grandi fatiche e situazioni molto stressanti.

6 Se si ha il dubbio di esserci dentro, cosa fare?

Come dicevo, è importante sapere che esiste questa sindrome, che è molto più diffusa di quanto pensiamo e non c'è nulla di cui vergognarsi. Prendersi del tempo per osservare i propri sentimenti e l'andamento della nostra vita **senza giudicarci** è un primo passo. Ci possiamo chiedere: cosa mi manca per stare bene? Quali sono i bisogni che non riesco a soddisfare? Come posso soddisfarli? A chi posso chiedere aiuto? Il coniuge, un collega, uno specialista? Se restiamo nella dimensione dell'accoglienza benevola di quanto emerge, è molto probabile che troviamo delle soluzioni. Già l'ascolto compassionevole dei nostri **bisogni reali** può dare un avvio importante allo scioglimento di una condizione che, poco prima, sembrava senza soluzione.

7 Come fare a prevenire?

Cercare in tutti i modi di non sovraccaricarsi sul lavoro e darsi tempi di ristoro in famiglia, con gli amici, attività all'aria aperta, avere cura del sonno, dell'alimentazione, del proprio stato psicofisico. Avere il sostegno pratico di uno o più collaboratori (infermiera, segretaria, tirocinanti), cercare di lavorare in *équipe*, frequentare Gruppi Balint (<https://www.amigb.it/>), accrescere la consapevolezza e la conoscenza della *Compassion* attraverso percorsi formativi specifici. Coltivare capacità meditative quali la Mindfulness e pratiche simili, sono tutti strumenti che possono aiutare a prevenire efficacemente situazioni di *burnout*.



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

Inquadramento e trattamento delle dislipidemie tra vecchi e nuovi orizzonti

Le alterazioni del metabolismo lipidico rappresentano da tempo una condizione di spiccato interesse, a causa del loro legame con l'aterosclerosi e quindi con il rischio cardiovascolare. La diagnosi, il corretto inquadramento e il trattamento fanno parte di un percorso ragionato in base a quello che è finora conosciuto e alle caratteristiche individuali del paziente

a cura di: **Pasquale De Luca**¹
con la collaborazione di: **Vito Sollazzo**², **Antonio De Luca**²

Com'è noto, le dislipidemie consistono nell'aumento del colesterolo plasmatico, dei trigliceridi, o di entrambi, o in un basso livello di colesterolo Hdl (Hdl-C) che contribuisce allo sviluppo di aterosclerosi. Le cause possono essere primitive (genetiche) o secondarie. La diagnosi si pone misurando i livelli plasmatici del colesterolo totale, dei trigliceridi e delle singole lipoproteine. Il trattamento comporta modificazioni dietetiche, esercizio fisico e farmaci ipolipemizzanti.

Introduzione

Le dislipidemie sono le condizioni patologiche nelle quali si verifica un abnorme incremento della quota di lipidi (iperlipidemie) o di frazioni lipoproteiche circolanti.

I grassi provenienti dall'alimentazione passano dall'intestino al sangue e da qui al parenchima epatico: essendo insolubili in acqua vengono trasportati in complessi molecolari detti lipoproteine. Le lipoproteine sono dunque molecole formate da

lipidi (trigliceridi, colesterolo, fosfolipidi) e da una parte proteica detta apoproteina. Questa, oltre a veicolare i lipidi stabilizzandoli, rende possibile il riconoscimento dei recettori per l'assorbimento dei grassi da parte del fegato e di altri tessuti.

Dal punto di vista eziologico, esistono diverse forme di alterazioni del metabolismo lipidico: *fisiologiche reattive, secondarie, alterazioni primitive (familiari)* (tabella 1).

Il grande interesse suscitato dalle alterazioni del metabolismo lipidico è legato alla correlazione fra quest'ultime e l'aterosclerosi e quindi le malattie cardiovascolari. Il rischio aterosclerotico differisce secondo il tipo di lipoproteina coinvolta; solo le lipoproteine Hdl sembrano avere un ef-

fetto cardioprotettivo, infatti i loro livelli plasmatici sono inversamente correlati con il rischio di malattia cardiovascolare.

La dislipidemia più chiaramente associata alla malattia aterosclerotica è l'ipercolesterolemia con incremento delle lipoproteine Ldl; per contro l'aumentato livello dei chilomicroni (ipertrigliceridemia) non sembra comportare un'aumentata aterogenicità, e l'incremento di chilomicroni e Vldl è associato ad una aterogenicità bassa.

Approccio clinico-diagnostico

Le dislipidemie possono manifestarsi con arteriosclerosi e conseguenti affezioni (cardiopatia ische-

TABELLA 1

Distinzione delle dislipidemie dal punto di vista eziologico

Forme fisiologiche reattive, secondarie all'apporto alimentare. Comprendono:

- ipertrigliceridemia da eccesso di alcolici e pasti abbondanti
- ipercolesterolemia da eccesso di grassi

Forme secondarie. Comprendono:

- Ipertrigliceridemia da obesità, alcol, diabete mellito mal controllato
- Ipercolesterolemia da alimentazione sbagliata, colestasi, sindrome nefrosica, ipotiroidismo, farmaci (per esempio tiazidici, betabloccanti)

Alterazioni primitive (familiari) del metabolismo lipidico.

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



mica, arteriopatia obliterante periferica, ictus), pancreatite (in caso di ipertrigliceridemia con valori di trigliceridi >500 mg/dl), xantomi, steatosi epatica (nell'ipertrigliceridemia). È indicato il dosaggio dei trigliceridi, del colesterolo totale e delle sue frazioni Hdl e Ldl.

Algoritmo terapeutico

Occorre anzitutto il trattamento della patologia di base nelle forme secondarie: controllo ottimale del diabete mellito, trattamento dell'ipotiroidismo, normalizzazione del peso, sospensione degli alcolici. Fondamentale è l'eliminazione di ulteriori fattori di rischio (ipertensione arteriosa, fumo di sigaretta). Importante è il regime dietetico per ridurre il colesterolo (riduzione/eliminazione dei grassi, apporto di fibre e scorie, consumo di pesce, normalizzazione del peso) e i trigliceridi (sospensione degli alcolici, normalizzazione del peso). I farmaci ipolipemizzanti comprendono:

- **Derivati dell'acido fibrico:** fenofibrato, gemfibrozil. I livelli di trigliceridi sono ridotti del 35-50%. Il **gemfibrozil** non dovrebbe essere utilizzato nei pazienti con *clearance* della creatinina molto ridotta. Dolore addominale e nausea sono gli effetti collaterali più comuni. L'incidenza di calcoli biliari è aumentata nei pazienti che assumono derivati dell'acido fibrico, a causa dell'aumentato contenuto di colesterolo nella bile. I pazienti in terapia con warfarin devono controllare strettamente il loro tempo di protrombina se iniziano ad assumere gemfibrozil. Con il **fenofibrato** si possono avere lievi fastidi gastrointestinali e, meno frequentemente, eruzioni cutanee e prurito. Un aumento delle transaminasi si verifica nel 5% circa dei pazienti, ma si normalizza con la sospensione del farmaco. Talora sono stati riportati mialgie e un aumento

della Ck. Oltre a essere utilizzato per abbassare i trigliceridi, il fenofibrato può essere utile in alcuni pazienti con iperlipidemia combinata che hanno livelli di Ldl-colesterolo moderatamente aumentati e trigliceridi alti.

- **Le resine a scambio ionico o sequestranti gli acidi biliari** (per es. la colestiramina) riducono le Ldl del 15-30%. Poiché le resine possono aumentare i trigliceridi, non dovrebbero essere utilizzate in monoterapia nei pazienti con trigliceridi >250 mg/dl. È consigliabile la somministrazione 1-2 volte al giorno in prossimità dei pasti. Le resine possono essere combinate con l'acido nicotinico e con gli inibitori della reduttasi nei pazienti con considerevoli aumenti del colesterolo Ldl quando sono richieste riduzioni maggiori di questo parametro. Gli effetti collaterali più comuni delle resine sono gonfiore addominale, feci dure e stipsi. L'inizio della terapia con basse dosi e l'uso di emollienti fecali o di psillio possono migliorare la *compliance*. I pazienti con stipsi importante non sono di solito buoni candidati all'uso delle resine. Questi farmaci hanno perso molta importanza nell'ultimo decennio.

- **L'acido nicotinico (chiamato anche niacina)** può ridurre i livelli di trigliceridi, aumentare le Hdl e, ad alte dosi, ridurre le Ldl. È particolarmente utile nell'iperlipidemia combinata e nei pazienti con bassi livelli di Hdl. La niacina richiede un'approfondita educazione del paziente a causa dell'occorrenza di vampate e altri effetti collaterali, quali nausea ed astenia; le vampate possono essere ridotte iniziando con basse dosi, assumendo aspirina prima delle dosi iniziali e facendo assumere al paziente acido nicotinico ai pasti. L'uricemia, la glicemia e le transaminasi sieriche dovrebbero essere monitorate ogni 6-8 settimane durante una fase di aggiustamento della dose; l'acido nicotinico dovrebbe essere evitato nei pazienti con

storia di gotta, ulcera peptica attiva, malattie epatiche e diabete. Un derivato con uguale efficacia ma migliore tollerabilità è l'acipimox.

- **Inibitori della sintesi del colesterolo (statine o inibitori della Hmg-CoA reduttasi):** atorvastatina, fluvastatina, pravastatina, simvastatina, rosuvastatina. Riducono bene il colesterolo nella maggior parte dei pazienti; l'Ldl-colesterolo può diminuire del 20-60%, a seconda del farmaco e delle dosi. Le varie statine hanno meccanismo d'azione ed effetti collaterali simili. L'atorvastatina ha un'emivita più lunga, di circa 13 ore, rispetto agli altri inibitori della reduttasi, che hanno emivita di 2-3 ore circa e possono essere date in qualsiasi ora del giorno; la pravastatina e la fluvastatina possono essere somministrate lontano dai pasti, preferibilmente di sera. Gli effetti collaterali si verificano infrequentemente (nel 5% circa dei pazienti) e comprendono più comunemente meteorismo, flatulenza, nausea e indigestione. I test di funzionalità epatica dovrebbero essere controllati ogni 6 settimane nei primi 3 mesi e successivamente ogni 6 mesi. Nell'1% circa dei pazienti si è osservato un aumento delle transaminasi a oltre 3 volte il limite superiore normale, anche dopo 15 mesi dall'inizio della terapia; in tali casi, il farmaco deve essere sospeso. La miopatia è un effetto collaterale infrequente, ma è stata descritta più spesso quando gli inibitori della reduttasi sono associati a ciclosporina, gemfibrozil, niacina o eritromicina.

- **Inibitori dell'assorbimento intestinale del colesterolo:** l'ezetimibe (disponibile anche in associazione con la rosuvastatina e la simvastatina) riduce, agendo a livello dell'orletto a spazzola dell'intestino tenue, l'assorbimento del colesterolo ma non quello di ormoni steroidei e vitamine liposolubili. Riduce le Ldl del 18% e i trigliceridi dell'8%, au-

menta le Hdl del 3%; è generalmente ben tollerato ma bisogna evitarne l'impiego in caso di epatopatie.

- **L'acido bempedoico**, è un inibitore dell'adenosina trifosfato citrato liasi (Atp citrato liasi o Acly), che altera la sintesi di colesterolo nel fegato e aumenta i recettori Ldl. Abbassa il colesterolo Ldl (Ldl-C) dal 15 al 17%. È particolarmente utile nei pazienti con effetti avversi muscolari associati alle statine, perché non causa dolore muscolare o debolezza. Può essere utilizzato come monoterapia o come aggiunta ad altre terapie ipolipemizanti. I rischi comprendono l'iperuricemia e la rottura del tendine.

- **Gli anticorpi monoclonali anti-Pcsk9** (alirocumab, evolocumab) sono disponibili come iniezioni sottocutanee somministrate una o due volte al mese. Questi farmaci evitano che il Pcsk9 (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9) si leghi ai recettori Ldl, con conseguente miglioramento della loro funzione. Il colesterolo Ldl viene abbassato dal 40 al 70%. Un test degli esiti cardiovascolari con l'evolocumab e l'alirocumab, ha mostrato una riduzione degli eventi cardiovascolari nei pazienti ad alto rischio di malattie cardiovascolari aterosclerotiche.

- **Il SiRna** (small interfering Rna, traducibile come Rna interferente breve) che ha come *target* Pcsk9 viene somministrato in iniezioni sottocutanee ogni sei mesi. L'**inclisiran** inibisce la produzione di Pcsk9 nel fegato, prolungando così l'attività dei recettori Ldl e abbassando i livelli di Ldl-C. L'inclisiran può essere usato in aggiunta alla dieta e alla terapia con statine massimamente tollerata per i pazienti con malattia cardiovascolare aterosclerotica o ipercolesterolemia familiare eterozigote.

- **Gli acidi grassi polinsaturi essenziali o Pufa** (*Poli Unsaturated Fatty Acids*) sono precursori degli eicosanoidi, molecole coinvolte nei pro-

cessi di infiammazione, trombosi e immunità. Gli omega-3 (il cui precursore è un acido grasso essenziale, l'acido linolenico reperibile nei semi di lino, noci, soia e pesci di acqua fredda tipo acciughe, sgombri, aaringhe, tonni, trote, sarde, sardine e salmoni) in particolare sarebbero dotati di proprietà antiaritmiche, antiaterogeniche, antiaggreganti e antinfiammatorie; riducono la produzione epatica di Vldl, i trigliceridi e, in misura minore, la colesterolemia, aumentano le Hdl del 5-6% e stabilizzano la placca aterosclerotica. Sono disponibili in commercio prodotti a base di acidi grassi polinsaturi omega-3, come l'acido eicosapentaenoico (Epa) e l'acido docosaesaenoico (Dha) che sono responsabili dell'effetto favorevole delle diete a base di pesce.

- *L'ipertrigliceridemia* in particolare può essere trattata con **acido nicotinic**, con un derivato dell'acido fibrico e l'olio dei pesci in associazione alla dieta. Le statine possono essere efficaci nei pazienti con ipertrigliceridemia lieve o moderata associata a elevati livelli di Ldl-colesterolo.

Conclusioni

Elevati livelli di lipidi sono un fattore di rischio per l'aterosclerosi e quindi possono portare a coronaropatia sintomatica e a malattia arteriosa periferica.

Le cause di dislipidemia comprendono uno stile di vita sedentario con eccessiva assunzione dietetica di calorie, grassi saturi, colesterolo, e anomalie genetiche del metabolismo lipidico. Occorre diagnosticare con profilo lipidico sierico (misura del colesterolo totale, dei trigliceridi, e delle frazioni Hdl ed Ldl). I *test di screening* devono essere fatti all'età di 9-11 anni e ancora a 17-21 anni (2-8 anni se esiste una storia familiare di grave iperlipidemia o coronaropa-

tia prematura o altri fattori di rischio); gli adulti sono monitorati ogni 5 anni a partire dall'età di 20 anni. Il trattamento con una statina è indicato per ridurre il rischio di malattia cardiovascolare aterosclerotica per tutti i pazienti a rischio come definito dall'*American College of Cardiology/American Heart Association* e per quelli che hanno certe altre combinazioni di fattori di rischio e livelli elevati di lipidi.

È utile ottimizzare l'aderenza terapeutica, i cambiamenti dello stile di vita e l'uso di statine prima di aggiungere un farmaco diverso; se un paziente ha un livello di colesterolo Ldl >70 mg/dL (>1.8 mmol/l) con malattia cardiovascolare aterosclerotica ad alto rischio, è ragionevole aggiungere l'ezetimibe o un inibitore del Pcsk9. Un altro trattamento dipende dall'anomalia lipidica specifica, ma deve sempre includere cambiamenti di stile di vita, trattamento dell'ipertensione e del diabete, smettere di fumare e, in alcuni pazienti con un aumentato rischio di infarto miocardico o morte per coronaropatia, aspirina quotidiana a basso dosaggio.

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 Basic of Therapeutics"*, McGraw-Hill, 2023.
- De Luca Pasquale et al. *"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.
- Goldman Lee, Cooney Kathleen A. et al. *"Goldman-Cecil Medicine"*, Elsevier, 2023.
- Kellerman Rick D, Heidelbaugh Joel J, et al. *"Conn's Current Therapy 2025"*, Elsevier Science Health, 2025.
- Longo Dan, Fauci Anthony S. et al. *"Harrison's Principles of Internal Medicine"*, McGraw-Hill, 2025.
- Papadakis Maxine, Rabow Michael W. et al. *"Current Medical Diagnosis and Treatment"*, McGraw-Hill Education, 2025.
- Potestà Pasquale. *"Manuale-Prontuario di diagnostica e terapia medica"*, Verduci, 2025.
- Rugarli Claudio *"Medicina Interna Sistemica"*, Edra, 2021.



Violenza domestica: l'importanza di fare domande

Traumi non coerenti con il racconto di cos'è successo, lesioni a vari livelli di guarigione, morsi, sono alcuni degli indizi che possono fare sospettare una situazione di violenza tra le mura di casa. I Mmg hanno un ruolo prezioso per rilevare queste problematiche. La questione è delicata, e fare domande può aiutare a comprendere e, semmai, a trovare delle soluzioni

La violenza contro le donne - in particolare la violenza del *partner* e la violenza sessuale - rappresenta un grave problema di salute pubblica, oltre che una violazione dei diritti umani.

Le stime pubblicate dall'Oms sono spaventose e indicano che a livello globale ha subito violenza fisica e/o sessuale da parte del *partner* o violenza sessuale da parte di terzi nel corso della propria vita, circa 1 donna su 3 (30%). L'Oms sottolinea come la violenza contro le donne sia prevenibile e come il settore sanitario abbia un ruolo fondamentale nel fornire un'assistenza sanitaria completa alle donne vittime di violenza e nel fungere da punto di accesso per indirizzarle verso altri servizi di supporto di cui potrebbero aver bisogno (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>). Questo argomento è stato anche al centro di un incontro dal titolo "**Violenza domestica e discriminazione: una realtà da conoscere per com-**

batterla" tenutosi lo scorso 8 maggio presso l'Irccs Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano.

"Negli ultimi tempi purtroppo assistiamo a troppe violenze nei confronti delle donne, dei bambini e degli anziani, causate proprio dalle persone che dovrebbero proteggerli e difenderli - racconta **Luciana Marzella**, responsabile del Servizio di Traumatologia della mano e Microchirurgia dell'Irccs Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano e Presidentessa dell'incontro di Milano- Mi è capitato, come chirurgo della mano, di affrontare il tema della violenza domestica quasi quotidianamente e questo è decisamente inaccettabile in una società civile in cui si pensa di essere evoluti".

Riconoscere questo tipo di traumi e la loro possibile causa è importante - continua la dottoressa Marzella: "soprattutto per le donne che sono vittime di queste violenze e fanno fatica a manifestarlo, ma è importante anche per gli anziani, e in particolare le donne anziane".

Le stesse badanti - spiega Marzella - a volte "per faciloneria o per disattenzione, possono causare lussazioni alle dita, soprattutto al mignolo, ma anche dei piccoli traumi alla mano. Guardare con attenzione questi segnali, osservare la presenza di piccoli e ripetuti traumi associati a dei meccanismi che non corrispondono a quello che potrebbe esserne la causa può essere un campanello d'allarme. Quindi invito tutti i colleghi a porre maggiore attenzione, ad ascoltare bene, a chiedere, chiedere, perché chi chiede, come dico sempre io, non sbaglia. Magari una risposta che ci mette in allarme può essere un modo per avvicinarci di più e visitare la persona una seconda volta. Anche un ulteriore consulto può essere necessario per capire se c'è una violenza".

• Huecker MR, et al. Domestic Violence. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>

COME SOSPETTARE LA PRESENZA DI VIOLENZA DOMESTICA

Indizi fisici: lividi, morsi, tagli, fratture, commozioni cerebrali, ustioni, ferite da arma da taglio o da arma da fuoco.

Lesioni tipiche: contusioni alla testa, al viso, al collo, al seno, al torace, all'addome e lesioni muscoloscheletriche (Nota: le lesioni accidentali interessano più comunemente le estremità del corpo).

Lesioni multiple in vari stadi di guarigione, da acute a croniche.

Possibile presenza di problemi emotivi e psicologici come ansia e depressione.

Altri possibili disturbi: mal di schiena, mal di stomaco, mal di testa, affaticamento, irrequietezza, calo dell'appetito e insonnia. Le donne hanno maggiori probabilità di soffrire di asma, sindrome dell'intestino irritabile e diabete.

Fonte: Huecker MR, et al 2023



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

RISORSE UTILI PER IL MEDICO:

Numero Verde 1522: Numero anti-violenza e stalking, attivo 24/7 per supporto e invio ai centri territoriali.

Codice Rosa: Percorso di accesso facilitato nei Pronto Soccorso per le vittime di violenza.

Vaccinazione nella malattia renale cronica: indicazioni pratiche

Nella insufficienza renale cronica l'attenzione clinica è rivolta spesso agli aspetti cardiovascolari e metabolici, ma un elemento cruciale e spesso sottovalutato è rappresentato dall'elevato rischio infettivo, di cui occorre tenere adeguatamente conto

Vincenzo Fattizzo¹, Laura Cosmai^{1,2}, Maurizio Gallieni^{1,2}

La malattia renale cronica (Mrc) rappresenta oggi una delle principali sfide di salute pubblica. Si tratta infatti di una condizione ad elevata prevalenza globale, che interessa circa il 10-15% della popolazione mondiale, per un totale stimato di oltre 850 milioni di individui, la maggioranza dei quali non in trattamento dialitico, e con una prevalenza che raggiunge il 15-30% negli anziani. In Italia si stima che circa il 7% della popolazione adulta sia affetta da Mrc, quindi più di 4 milioni di persone^{1,2}.

L'attenzione clinica è rivolta spesso agli aspetti cardiovascolari e metabolici legati all'insufficienza renale, anche in considerazione del fatto che, per i prossimi anni, è previsto il raddoppio dei pazienti nefropatici dovuto alla crescente incidenza di ipertensione arteriosa, diabete mellito e sindrome metabolica³. In questo contesto, tuttavia, un elemento cruciale e spesso sottovalutato è rappresentato dall'elevato rischio infettivo che caratterizza questi pazienti.

Mrc e rischio infettivo

Le **infezioni** costituiscono infatti una delle principali cause di ospedalizzazione e mortalità nei pazienti con Mrc, in particolare negli stadi avanzati e nei soggetti in dialisi^{4,5}.

Il paziente nefropatico presenta una condizione di **multipla compromissione dell'immunità innata e adattativa**⁶, la cui patofisiologia rimane ancora in gran parte sconosciuta, ma correla con l'accumulo delle tossine uremiche (tabella 1).

La compromissione del sistema immunitario include una cronica attivazione di basso grado di monociti e neutrofili che induce danno endoteliale.

Nonostante gli effettori dell'immunità innata rimangano attivi durante la Mrc, la loro capacità antibatterica è compromessa portando ad aumentata suscettibilità ad infezioni da parte di batteri extracellulari. Inoltre, gli uremici hanno anche alterazioni dell'immunità cellulare e umorale (cellule T e cellule B) determinando un aumento delle infezioni virali.

Anche le cellule *Natural killer* (Nk), che giocano un ruolo importante nelle difese contro le infezioni, sembrano essere diminuite ed avere alterazioni funzionali^{7,8,9}.

Pertanto, le tossine uremiche, lo stato infiammatorio cronico e l'im-

munosenescenza precoce determinano una ridotta capacità di risposta agli agenti infettivi.

Nel contesto della Mrc inoltre bisogna includere le **nefropatie immuno-mediate**, che rappresentano un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate da differenti meccanismi fisiopatologici. La patogenesi di queste nefropatie può essere mediata da anomalie della risposta immunitaria umorale e cellulo-mediata. Le malattie immuno-mediate sono difficili da trattare, evolvendo spesso verso l'insufficienza renale cronica (Irc) e *End stage kidney disease* (Eskd)¹⁰.

Tra le popolazioni particolarmente vulnerabili rientrano anche i pazienti sottoposti a **trapianto renale**, il cui rischio infettivo è ulteriormente amplificato a causa della **terapia immunosoppressiva cronica**, nei quali si associa ad una maggiore vulnerabilità ed incidenza di infezioni opportunistiche e di riattivazioni virali latenti. È stato inoltre riscontrato in questi pazienti un incremento dell'incidenza e della gravità della riattivazione del virus della *Varicella zoster* in relazione alla terapia immuno-soppressiva.

A questi meccanismi, nella macrocategoria dei pazienti nefropatici, si aggiungono inoltre fattori clinici e organizzativi: presenza di **accessi**

¹ Uoc Nefrologia e Dialisi, Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, Asst Fatebenefratelli-Sacco Milano

² Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Università degli studi di Milano

TABELLA 1

Meccanismi di aumentato rischio infettivo nella Mrc

- Cronica attivazione di basso grado di monociti e neutrofili → danno endoteliale
- Riduzione della capacità antibatterica degli effettori dell'immunità innata → maggiore suscettibilità alle infezioni
- Alterazioni dell'immunità cellulare e umorale (cellule T e cellule B) → aumentato rischio di infezioni virali
- Riduzione e/o alterazioni funzionali delle cellule *Natural killer* (Nk) → riduzione delle difese contro le infezioni
- Terapia immunosoppressiva
- Fattori clinici e organizzativi: accessi vascolari, frequente contatto con ambienti sanitari, malnutrizione e comorbidità.

vascolari, frequente contatto con ambienti sanitari, malnutrizione e comorbidità,

che rendono questa popolazione particolarmente esposta ad infezioni prevenibili, oltre che l'annoso problema di consumo di **antibiotici** e, indirettamente, il rischio di antibiotico-resistenza.

Il tasso di vaccinazione in questi pazienti, purtroppo, non risulta sufficientemente elevato anche per una possibile diffidenza da parte dei pazienti legata al timore di ricadute di malattia e/o effetti collaterali.

Questi dati hanno implicazioni dirette nella pratica quotidiana del nefrologo curante e nel medico di medicina generale, che si trovano a gestire una popolazione fragile, spesso complessa, nella quale le misure preventive assumono un ruolo centrale.

La prevenzione, quindi, è uno strumento fondamentale per ridurre la morbilità e la mortalità per infezioni, nonché per limitare l'interruzione di determinate terapie a causa di complicanze infettive.

Strategie di prevenzione

La riduzione del rischio infettivo in questi pazienti si associa a un minor rischio di peggioramento della malattia renale cronica, di eventi avversi e di ospedalizzazione, configurando la **vaccinazione** come intervento ad alto impatto clinico

ed economico^{11,12,13}. Tra gli obiettivi del Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv 2023-2025)¹⁴ rientra quello di promuovere interventi vaccinali nei gruppi ad alto rischio per patologia, con un approccio centrato sui bisogni del cittadino/paziente: questo principio è particolarmente rilevante nei pazienti con Mrc, nei quali la disomogeneità dei percorsi tra ospedale, territorio, ambulatori specialistici e centri dialisi può tradursi in mancate opportunità vaccinali.

Un aspetto chiave del Pnpv è il passaggio da un modello passivo, in cui il cittadino deve "cercare" la vaccinazione, a un modello proattivo fondato su reti, *governance*, anagrafi vaccinali, Pdta e integrazione tra servizi.

Un cambio di paradigma, dunque, rispetto alle linee guida precedenti,

basato su un modello proattivo, integrato e orientato al bisogno ed alle necessità del paziente. È importante quindi utilizzare tutti i contesti sanitari come punto di offerta vaccinale, includendo la medicina generale, l'ospedale ed i servizi vaccinali. Per i pazienti affetti da Mrc questo si traduce in una ridefinizione del ruolo dello specialista: il nodo non è soltanto quali vaccini offrire, ma quando, dove e da chi debbano essere proposti. Nella fattispecie il **nefrologo**, che segue il percorso nelle fasi della malattia renale e trapiantologica, rappresenta un punto di raccordo: il centro dialisi, l'ambulatorio di Mrc avanzata e il *follow-up* post-trapianto sono luoghi ideali per intercettare bisogni vaccinali, verificare lo stato immunologico, programmare richiami e coordinarsi con i servizi vaccinali territoriali e il Mmg.



Tra gli obiettivi de Pnpv 2023-2025 rientra quello di promuovere interventi vaccinali nei gruppi ad alto rischio per patologia, con un approccio centrato sui bisogni del cittadino/paziente: questo principio è particolarmente rilevante nei pazienti con Mrc

Da un punto di vista operativo, il *timing* rappresenta probabilmente l'aspetto più rilevante. La risposta immunitaria è significativamente migliore nella **fase pre-dialitica**, una finestra privilegiata in quanto la risposta immunitaria è generalmente migliore rispetto alla fase uremica avanzata o post-trapianto. Analogamente, nei candidati a trapianto, la revisione dello stato vaccinale deve precedere, ove possibile, l'avvio o l'intensificazione dell'immunosoppressione, soprattutto per i vaccini vivi attenuati, successivamente controindicati o fortemente limitati. Un aspetto rilevante è che la **risposta anticorpale non coincide necessariamente con la protezione clinica**: anche nei pazienti con risposta attenuata, i vaccini riducono significativamente forme severe, ospedalizzazioni e mortalità^{15,16,17}.

Offerta vaccinale ampliata

Sul piano pratico in questo contesto risultano raccomandate **strategie vaccinali mirate**, comprendenti vaccinazioni ampiamente disponibili

quali anti-pneumococcica, antiepatite B, anti-influenzale e anti-meningococcica oltre a vaccini più recentemente implementati nella pratica clinica come anti herpes-zoster (il nuovo vaccino ricombinante adiuvato ci permette una somministrazione efficace^{18,19}), anti Rsv, anti Sars-Cov2.

Alla luce delle raccomandazioni del Pnpv e del Piano regionale di prevenzione vaccinale (Prpv 2024-2025), le persone affette da malattia renale cronica e i candidati a trapianto d'organo rappresentano una popolazione ad elevato rischio infettivo, per la quale è indicata un'offerta vaccinale ampliata e proattiva.

Prendendo in esame la matrice del piano di prevenzione nazionale ed in particolare le macrocategorie "patologie croniche" e "deficit immunologici", è possibile derivare uno schema pratico delle principali vaccinazioni raccomandate nei pazienti affetti da Mrc (tabella 2).

Nonostante le raccomandazioni, la copertura vaccinale nei pazienti con Mrc rimane subottimale. Le cause sono multifattoriali: esitazione vaccinale, percezione ridotta del

rischio infettivo, sovraccarico terapeutico, ma anche criticità organizzative e scarsa integrazione tra i diversi livelli assistenziali.

Qui emerge il ruolo centrale del Mmg, che rappresenta spesso il primo e unico punto di contatto continuativo con il paziente. Il rapporto fiduciario è un determinante chiave dell'adesione vaccinale.

Un elemento strategico per il miglioramento delle coperture vaccinali è rappresentato dall'implementazione di interventi di promozione e comunicazione integrati, volti a migliorare l'informazione, aumentare la consapevolezza e garantire sicurezza e appropriatezza dell'intervento vaccinale.

Il rafforzamento della cultura vaccinale, esteso non solo ai pazienti ma anche ai *caregiver* e agli operatori sanitari rappresenta un ulteriore elemento chiave per migliorare l'adesione e contrastare la disinformazione.

Esperienze sul territorio

Un esempio concreto è rappresentato dalle iniziative sviluppate in oc-

TABELLA 2

Vaccinazioni offerte nella Mrc per categorie di rischio

Categoria	Vaccini raccomandati	Note cliniche	Organizzazione e strategia
Nefropatie	Mpr (morbillo-parotite-rosolia) Varicella dTpa (difterite-tetano-pertosse) Herpes zoster, Pneumococco, Meningococco (MenB + ACWY) Epatite B	Verifica dello stato immunitario e recupero dei suscettibili. Nei pazienti in dialisi possibile ridotta risposta immunitaria → schemi dedicati (es. Hbv). Pazienti ad elevato rischio infettivo e di complicanze.	Il Pnpv raccomanda un approccio proattivo e multipoint : centro dialisi come sede di offerta vaccinale → sfruttare l'accesso frequente consente identificazione sistematica dei bisogni, chiamata attiva e somministrazione contestuale. Integrazione nei Ppdta con coinvolgimento diretto dello specialista.
Candidati a trapianto d'organo	Mpr Varicella dTpa Herpes zoster Pneumococco, Meningococco (MenB + ACWY) <i>Haemophilus influenzae</i> B, Epatite B	Completare il calendario vaccinale prima del trapianto . Evitare vaccini vivi attenuati dopo trapianto. <i>Timing</i> cruciale per ottimizzare immunogenicità pre-immunosoppressione	Il Pnpv sottolinea la necessità di integrare la prevenzione nei percorsi di cura specialistici , anticipando la vaccinazione nella fase pre-trapianto. Fondamentale il coordinamento tra ospedale, specialisti e servizi vaccinali per garantire appropriatezza, continuità assistenziale e riduzione delle disuguaglianze di accesso.

casione della *Giornata Mondiale del Rene*, come quelle promosse presso l'Asst Fatebenefratelli-Sacco di Milano, dove *screening* nefrologico e *open day* vaccinali sono stati integrati in un unico percorso assistenziale. In tali contesti, i pazienti hanno potuto accedere direttamente alla vaccinazione (es. pneumococco, *herpes zoster*) senza necessità di prenotazione, riducendo le barriere organizzative e migliorando l'adesione.

Analogamente, modelli di ambulatorio vaccinale ospedaliero dedicato dimostrano come la prossimità assistenziale e il coinvolgimento diretto del clinico aumentino significativamente la copertura vaccinale e la consapevolezza di pazienti e *caregiver*. I dati di attività del centro Ospivax dell'Ospedale Fatebenefratelli confermano l'efficacia di questo modello: dalla nascita del progetto (ottobre 2025) ad aprile 2026 sono state effettuate 3.382 somministrazioni vaccinali su 1.546 accessi complessivi, evidenziando non solo

una elevata capacità produttiva, ma anche la concreta possibilità di ottimizzare l'offerta vaccinale.

In tale prospettiva il *setting* dialitico assume un ruolo particolarmente strategico. Il paziente emodializzato, accedendo con elevata frequenza ai servizi sanitari generalmente più volte alla settimana, rende il centro dialisi un ambiente privilegiato per l'identificazione sistematica dei bisogni vaccinali e per la verifica dello stato immunitario. L'esperienza del nostro centro conferma tale potenzialità: nel 2022 l'89.5% dei pazienti emodializzati dell'Ospedale Fatebenefratelli è stato sottoposto a vaccinazione anti-*herpes zoster*, risultato verosimilmente favorito dall'integrazione dell'offerta vaccinale nel percorso assistenziale e del rapporto fiduciario consolidato tra paziente e nefrologo curante.

L'esperienza di integrazione tra struttura di nefrologia con l'istituzione di un ambulatorio vaccinale dedicato in ambito ospedaliero ha dimo-

strato un incremento significativo dell'adesione vaccinale, sottolineando il ruolo determinante della prossimità assistenziale e del rapporto fiduciario con il clinico.

La riduzione dell'incidenza delle infezioni prevenibili dal vaccino e delle loro complicanze consente pertanto non solo a limitare ospedalizzazioni, accessi impropri e costi assistenziali, ma anche essere un supporto utile nel percorso diagnostico, limitando il rischio di *iter* diagnostici fuorvianti, contribuendo ad una gestione più efficiente delle risorse.

In un contesto epidemiologico in cui la prevalenza della malattia renale cronica è destinata ad aumentare parallelamente al progressivo invecchiamento della popolazione e all'incremento delle comorbidità, il rafforzamento delle strategie di prevenzione risulta fondamentale, configurandosi non solo come tutela dei pazienti fragili, ma anche come intervento rilevante per la sostenibilità ed il futuro del sistema sanitario nazionale.

BIBLIOGRAFIA

- De Nicola L, Donfrancesco C, Minutolo R, et al. Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia: stato dell'arte e contributo dello studio CARHES. *G Ital Nefrol* 2011; 28: 401-7.
- Provenzano M, Mancuso C, Garofalo C, et al. Variazione temporale dell'epidemiologia della Malattia Renale Cronica. *G Ital Nefrol* 2019. <https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/2019/03/07-Provenzano.pdf>
- El Nahas AM, Bello AK. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet* 2005; 365: 331-40.
- van Dijk PC, Jager KJ, de Charro F, et al. Renal replacement therapy in Europe: the results of a collaborative effort by the ERA-EDTA registry and six national or regional registries. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1120-9.
- Sarnak MJ, Jaber BL. Mortality caused by sepsis in patients with end-stage renal disease compared with the general population. *Kidney Int* 2000; 58: 1758-64.
- Kato S, Chmielewski M, Honda H, et al. Aspects of immune dysfunction in end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1526-33.
- Basso PJ, Andrade-Oliveira V, Câmara NOS. Targeting immune cell metabolism in kidney diseases. *Rev Nephrol* 2021; 17: 465-80.
- Kurts C, Panzer U, Anders H-J, Rees AJ. The immune system and kidney disease: basic concepts and clinical implications. *Rev Immunol* 2013; 13: 738-53.
- Oleinika K, Mauri C, Salama AD. Effector and regulatory B cells in immune-mediated kidney disease. *Rev Nephrol* 2019; 15: 11-26.
- Schrezenmeier E, Jayne D, Dörner T. Targeting B Cells and Plasma Cells in Glomerular Diseases: Translational Perspectives. *Am Soc Nephrol* 2018; 29: 741-58.
- Putri WCWS, Muscatello DJ, Stockwell MS, Newall AT. Economic burden of seasonal influenza in the United States. *Vaccine* 2018; 36: 3960-6.
- Peasah SK, Azziz-Baumgartner E, Breese J, et al. Influenza cost and cost-effectiveness studies globally--a review. *Vaccine* 2013; 31: 5339-48.
- D'Angiolella LS, Lafronconi A, Cortesi PA, et al. Costs and effectiveness of influenza vaccination: a systematic review. *Ann Ist Super Sanita* 2018; 54: 49-57.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025. Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 2 agosto 2023. Pubblicato in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 194 del 21 agosto 2023.
- DaRoza G, Loewen A, Djurdjev O, et al. Stage of chronic kidney disease predicts seroconversion after hepatitis B immunization: earlier is better. *Am J Kidney Dis* 2003; 42: 1184-92.
- Gilbertson DT, Unruh M, McBean AM, et al. Influenza vaccine delivery and effectiveness in endstage renal disease. *Kidney Int* 2003; 63: 738-43.
- Wang IK, Lin CL, Lin PC, et al. Seasonal influenza vaccination is associated with reduced morbidity and mortality in peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31: 269-74.
- Lecrenier N, Beukelaers P, Colindres R, et al. Development of adjuvanted recombinant zoster vaccine and its implications for shingles prevention. *Exp Rev Vaccines* 2018; 17: 619-34.
- Garçon N, Van Mechelen M. Recent clinical experience with vaccines using MPL- and QS-21-containing adjuvant systems. *Perspect Vaccinol* 2011; 1: 89-113.

La nuova frontiera dell'oncologia riguarda la composizione del microbiota

I tumori ospitano comunità microbiche in grado di influenzare le risposte immunitarie, la progressione della malattia, l'efficacia delle terapie. La comprensione dei connotati di questo microambiente consente non solo di conoscere meglio la biologia delle neoplasie, ma anche di modularla, al fine di migliorare le strategie di prevenzione e di cura

A cura di **Livia Tonti**

È noto come i microrganismi, batteri, virus, funghi e altri eucarioti, svolgano un ruolo fondamentale nella salute umana e come un microbioma alterato possa essere associato a malattie complesse. Questa osservazione vale anche per i tessuti tumorali.

Abbiamo chiesto a **Maria Rescigno**, Professoressa di Patologia Generale presso l'Humanitas University e Responsabile del Laboratorio di Immunologia delle Mucose e Microbiota dell'Irccs Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (Mi), di fare per *M.D.* il punto della situazione sulle conoscenze a riguardo. La professoressa è anche *co-corresponding author* di un articolo di consenso internazionale pubblicato su *Cancer Cell* che ha riunito istituzioni di Stati Uniti, Israele, Austria e Italia, impegnate in studi di frontiera in questa specifica area di ricerca (Duan T, et al. 2026).

"Il microbiota intratumorale - esordisce la prof. Rescigno - sta diventando una realtà, nel senso che tutti i tumori analizzati al momento dimostrano anche una componente microbica nel proprio microambiente." Secondo i ricercatori sono diverse le modalità attraverso cui i microbi possono influenzare i tumori. In particolare, componenti strutturali - tra cui frammenti di parete cellulare e acidi nucleici - e prodotti metabolici derivati dai microrganismi possono raggiungere il tumore attraverso la circola-

zione e rimodellarne il microambiente. In alcuni casi, microrganismi vitali possono traslocare dall'intestino o da altri siti mucosali verso i tumori, interagendo direttamente con il tessuto tumorale e influenzando l'immunità locale.

Possibili meccanismi favorenti il tumore

In questo contesto il microbiota può agire in diversi modi. Innanzitutto "può rilasciare delle genotossine, che sono in grado di modulare e di **aumentare il tasso di mutazione** all'interno delle cellule, favorendone la trasformazione. Inoltre - spiega la professoressa Rescigno - possono rilasciare sostanze che stimolano la risposta immunitaria, in particolare quella infiammatoria, creando quindi uno stato che può favorire la **progressione tumorale**. Possono inoltre favorire la trasformazione da cellule epiteliali a cellule mesenchimali, e **favorire anche la migrazione delle cellule tumorali e il loro passaggio a metastatiche**". E non solo: "Possono aumentare la permeabilità dei vasi e favorire l'extravasazione delle cellule tumorali" (*tabella 1*).

Influenza sulle terapie

Ciò che sta emergendo dagli studi degli ultimi anni è che il microbiota intratumorale è in grado di influire anche

sulla risposta alle terapie, per esempio: "Può modulare l'attività di alcuni farmaci, in particolare i chemioterapici. È stato visto - continua l'esperta - per esempio con la gentamicina: è in grado di renderla inattiva. Stiamo facendo degli studi con altri chemioterapici nell'ambito del sarcoma e anche lì vediamo che può avere degli effetti drammatici sulla loro attività".

Non solo: è stato dimostrato che il microbiota può anche avere un'azione positiva sulla risposta alle terapie oncologiche, in particolare all'immunoterapia, ma anche alla chemioterapia. "In questo caso - spiega Rescigno - non si sa se, ad avere un ruolo, è soltanto il microbiota intratumorale o c'è anche una componente che ri-

TABELLA 1

Microbiota tumorale: principali meccanismi di promozione dell'insorgenza e della progressione dei tumori

- Mutazioni del Dna
- Attivazione di vie cancerogene
- Promozione dell'infiammazione cronica
- Attivazione del sistema del complemento
- Avvio delle metastasi

da Yang et al, 2023

guarda il microbiota fecale. C'è infatti l'ipotesi che quest'ultimo rilasci delle sostanze a livello intestinale che si distribuiscono sistemicamente e raggiungano anche i tumori o gli organi secondari linfoidi, dove poi avviene la reazione immunitaria".

Le origini

Una delle prime osservazioni che ha portato a ipotizzare che il microbiota potesse avere un ruolo nella terapia antitumorale è stata fatta in pazienti sotto immunoterapia che assumevano contemporaneamente una terapia antibiotica, in cui si è rilevata una minore efficacia dell'immunoterapico. "Poiché l'antibiotico non ha un effetto soltanto sull'agente infettivo ma anche sul microbiota - approfondisce la prof. Rescigno - si è ipotizzato che quest'ultimo potesse avere un ruolo fondamentale nella risposta all'immunoterapia. Infatti in topi sterili (senza microbiota), l'immunoterapia funziona meno bene rispetto a quanto osservato negli animali con un proprio microbiota. Trasferendo nei topolini sterili il microbiota dei pazienti che avevano risposto all'immunoterapia, si notava una migliore risposta. Su questa base sono stati confrontati i microbiota delle persone che rispondevano alla terapia a quelle che non rispondevano ed è emerso che effettivamente i due microbiota differivano, riconoscendo anche alcuni microrganismi associati ad una risposta positiva". L'aggiunta del trapianto di microbiota fecale agli inibitori di Pd1 nei pazienti oncologici sembra essere una strategia efficace per migliorare la sensibilità alla terapia con inibitori dei *checkpoint* immunitari (Carneiro et al, 2025).

Aspetti pratici

Ad ora non ci sono ancora linee guida che diano indicazioni su come intervenire sul microbiota intratumorale.

le. Spiega ancora la prof. Rescigno: "Sappiamo che il microbiota favorente l'immunoterapia è un microbiota che si sviluppa in seguito all'assunzione delle fibre". Per esempio in uno studio osservazionale con raccolta retrospettiva/prospettica di dieta, uso di probiotici e profilo del microbiota, è emerso che l'assunzione di ≥ 20 g/die di fibre era associata a migliore *progression-free survival* in pazienti con melanoma avanzato trattati con *immune checkpoint inhibitors* (Icb) (Spencer CN, et al. 2021). "E questo - continua Rescigno - si è visto in diverse tipologie di tumore. Quindi una possibilità è proprio quella di **aumentare la quantità di fibre** nella dieta di pazienti che verranno sottoposti all'immunoterapia". Molte fibre sono prebiotiche e sono associate allo sviluppo di un microbiota "sano": l'inulina, le fibre dei carciofi (ricchi di inulina), frutta mangiata con la buccia biologica. Com'è noto "le fibre - continua Rescigno - possono indurre degli effetti collaterali, come il meteorismo, e quindi è importante la scelta, considerando anche eventualmente di accoppiarle con alimenti fermentati" che permettano di godere maggiormente dei benefici. È possibile modulare il microbiota anche attraverso l'utilizzo di alcuni

probiotici o postbiotici. Per quanto concerne i probiotici sembrano promettenti i bifidobatteri (Tomasi et al, 2021; Longhi et al, 2020; Procaccianti et al, 2023). Sui postbiotici esistono solo studi preclinici. Un recente studio, di Ferrari et al, (coordinato dalla dottoressa Rescigno) ha dimostrato che alcuni postbiotici possono aumentare l'espressione di Hla di classe I sulle cellule tumorali, sensibilizzandole alla lisi da parte dei linfociti T citotossici (CtL) specifici per gli antigeni tumorali *in vitro* e *in vivo*, in combinazione con l'immunoterapia. Comprendere il ruolo del microbiota tumorale potrebbe quindi aprire nuove prospettive anche per la terapia del cancro. Come già osservato per il microbiota intestinale, interventi mirati ai microbi intratumorali potrebbero infatti migliorare la risposta a immunoterapia, chemioterapia e altre strategie terapeutiche. Approfondire sempre meglio questi meccanismi potrebbe quindi essere essenziale per tradurre queste scoperte in approcci di oncologia di precisione.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maria Rescigno

BIBLIOGRAFIA

- Carneiro W, et al. 1134 Outcomes of fecal microbiota transplantation (FMT) in cancer patients receiving immunotherapy: a systematic review and meta-analysis. *J Immunotherapy of Cancer* 2025; 13: <https://doi.org/10.1136/jitc-2025-SITC2025.1134>
- Duan T, et al. Toward a consensus on the tumor microbiota: Evidence, standards, and interpretation. *Cancer Cell* 2026; 44: 696-702.
- Ferrari V, et al. Sensitizing cancer cells to immune checkpoint inhibitors by microbiota-mediated upregulation of HLA class I. *Cancer Cell* 2023; 41: 1717-1730.e4. doi: 10.1016/j.ccell.2023.08.014.
- Longhi G, et al. Microbiota and Cancer: The Emerging Beneficial Role of Bifidobacteria in Cancer Immunotherapy. *Front Microbiol* 2020; 11: 575072. doi: 10.3389/fmicb.2020.575072.
- Procaccianti G, et al. Bifidobacterium in anticancer immunochemotherapy: friend or foe? *Microbiome Res Rep* 2023; 2: 24. doi: 10.20517/mrr.2023.23.
- Spencer CN, McQuade JL, Gopalakrishnan V, et al. Dietary fiber and probiotics influence the gut microbiome and melanoma immunotherapy response. *Science* 2021; 374: 1632-1640. doi:10.1126/science.aaz7015
- Tomasi M, et al. Commensal Bifidobacterium Strains Enhance the Efficacy of Neo-Epitope Based Cancer Vaccines. *Vaccines* 2021; 9: 1356. doi: 10.3390/vaccines9111356.
- Yang L, et al. Intratumoral microbiota: roles in cancer initiation, development and therapeutic efficacy. *Sig Transduct Target Ther* 2023; 8: 35. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01304-4>

Vertigine posizionale parossistica benigna, dalla diagnosi al trattamento

Si tratta di un disturbo in grado di influenzare in maniera importante la qualità di vita e le attività quotidiane, aumentando anche il rischio di cadute. Recenti pubblicazioni hanno contribuito a fare il punto sulle attuali conoscenze su questa fastidiosa problematica

La vertigine parossistica posizionale benigna (Vppb) è una condizione comune, il cui principale fattore di rischio è l'età. Uno studio di popolazione condotto in Germania ha stimato un'incidenza cumulativa di circa il 10% entro gli 80 anni e può essere anche associata a traumi e lesioni cerebrali traumatiche.

Com'è noto, è causata da particelle di otoliti che si dislocano e rimangono intrappolate in uno dei tre canali semicircolari dell'orecchio interno (anteriore, posteriore o orizzontale), più comunemente il canale posteriore.

Sono stati identificati alcuni **fattori di rischio** indipendenti: insonnia (Or = 3.593, Ic 95%: 1.541-8.379), stato depressivo (Or = 3.800, Ic 95%: 1.082-13.348), ipertensione arteriosa (Or = 4.315, Ic 95%: 1.014-18.365), diabete (Or = 3.216, Ic 95%: 1.392-7.425) e iperlipidemia (Or = 3.912, Ic 95%: 1.412-10.840) (tabella 1).

Altre ricerche hanno allargato il campo, notando come diversi fattori clinici e biologici possano predisporre

gli individui al suo sviluppo. Alterazioni degenerative, meccaniche e ischemiche della macula utricolare sono state ampiamente proposte come meccanismi chiave alla base del distacco otolitico, mentre traumi cranici o disturbi concomitanti dell'orecchio interno sono cause secondarie ben consolidate.

Un'attenzione crescente è stata inoltre rivolta ai **fattori sistemici** che influenzano l'integrità otolitica. In particolare, anomalie nel metabolismo osseo, tra cui **ridotta densità minerale ossea, osteoporosi** e **bassi livelli sierici di vitamina D**, sono state costantemente segnalate in associazione con la Vppb. Questi risultati sono supportati da osservazioni secondo cui i **cambiamenti ormonali postmenopausali** possono accelerare sia la demineralizzazione scheletrica che il **turnover** otolitico compromesso, aumentando così la suscettibilità all'instabilità otolitica. Ulteriori fattori metabolici ed endocrini, come l'**alterata funzione tiroidea**, l'esposizione ai **corticosteroidi**, i livelli anomali dell'**ormone della crescita** e l'**iperuricemia**, sono stati suggeriti come potenziali fattori contribuenti; tuttavia, le prove a sostegno di queste associazioni rimangono limitate e controverse (Rah YC. 2026).

Manifestazione clinica

Si presenta tipicamente con brevi episodi ricorrenti (<1 minuto) di vertigine

scatenati da determinati movimenti della testa, in particolare sdraiarsi o girarsi nel letto. Alcuni pazienti riferiscono vertigini non rotatorie (ad esempio, sensazione di stordimento o instabilità senza vertigini) o vertigini continue con peggioramento posizionale.

Una **caratteristica distintiva** della Vppb è l'**assenza di nistagmo spontaneo** quando i pazienti sono seduti in posizione eretta e guardano dritto davanti a sé (ovvero, prima del test posizionale). Notare questo aspetto è fondamentale, poiché il nistagmo osservato prima dei test posizionali indica una lesione fissa come una vestibulopatia unilaterale acuta (ad esempio, neurite vestibolare) o, meno comunemente, una patologia cerebrale strutturale (ad esempio, ictus, tumore cerebellare).

Valutazione diagnostica

Il **test di Dix-Hallpike**, che può essere eseguito in ambulatorio, è il test di riferimento per la diagnosi di Vppb.

Il risultato del test è positivo se innescia un nistagmo transitorio della durata generalmente di circa 10-20 secondi. Un risultato **falso negativo** del test di Dix-Hallpike può essere causato da un movimento eccessivamente lento nel passaggio dalla posizione supina a quella sdraiata (>2 secondi dalla posizione seduta a quella supina), da un'estensione inadeguata del capo o dalla dispersione di particelle otolitiche all'interno del canale semi-

TABELLA 1

Principali fattori di rischio per la vertigine parossistica posizionale benigna

• Insonnia	• Diabete
• Depressione	• Iperlipidemia
• Ipertensione arteriosa	

Wang P. 2025

circolare; questi fattori ostacolano il movimento delle particelle in misura sufficiente a indurre il movimento del fluido necessario per spostare la cupola. Un nistagmo persistente (non transitorio) e verso il basso nel test di Dix-Hallpike suggerisce un disturbo cerebrale strutturale.

Gestione clinica

La **manovra di Epley**, raccomandata dalle linee guida cliniche multidisciplinari, prevede specifiche rotazioni del capo e movimenti del corpo per guidare le particelle fuori dal canale semicircolare posteriore ed **è il trattamento più studiato ed efficace**. Negli studi clinici randomizzati (Rct) che hanno misurato gli esiti a 1 settimana, la manovra di Epley ha portato alla risoluzione dei sintomi dal 32% all'80% dei pazienti rispetto al 4% - 24% dei controlli. Negli studi che misuravano l'esito a 1 mese, 5 Rct hanno riportato che la manovra di Epley era efficace nel risolvere la Vppb dall'88% al 98% dei casi rispetto al 24% - 77% dei controlli trattati con manovre "finte". La melizina non è un trattamento efficace per la Vppb e può causare sedazione non necessaria.

I pazienti con Vppb possono anche eseguire l'**autotrattamento** con la manovra di Epley, raggiungendo un'efficacia terapeutica paragonabile alla terapia somministrata da un esperto, **a condizione che la Vppb sia diagnosticata da un medico e di aver ricevuto istruzioni di persona** prima dell'autotrattamento.

La Vppb che interessa le varianti del canale semicircolare anteriore e orizzontale spesso si risolve spontaneamente, poiché le particelle otolitiche tendono a spostarsi fuori dal canale con i normali movimenti della testa. I pazienti con sintomi refrattari dovrebbero essere indirizzati a uno specialista vestibolare, se possibile.

L.T.

Vertigine Parossistica Posizionale Benigna (Vppb)

Cause, sintomi, diagnosi, trattamento

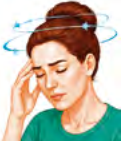
La Vppb è un disturbo dell'orecchio interno che provoca **brevi episodi di vertigine** scatenati da specifici movimenti della testa. Gli **episodi durano generalmente meno di 1 minuto**.



Può ridurre la qualità della vita e aumentare il rischio di cadute



Può causare instabilità o vertigini persistenti peggiorate dal movimento



Che cosa causa la Vppb

Nell'orecchio interno sono presenti piccoli cristalli di carbonato di calcio (otoliti) che aiutano l'equilibrio.

Nella Vppb:

- I cristalli si staccano
- Si spostano in uno dei 3 canali semicircolari
- Quando la testa si muove stimolano in modo anomalo i recettori causando vertigine

I 3 canali semicircolari



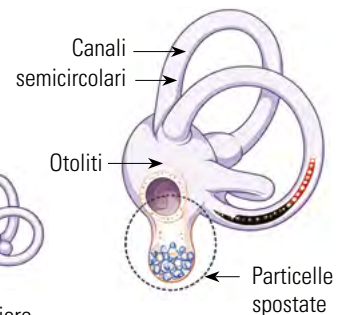
Posteriore



Orizzontale



Anteriore



DIAGNOSI: test di Dix-Hallpike

La Vppb viene diagnosticato in base ai sintomi e con test di Dix-Hallpike

1

Il medico ruota la testa del paziente di circa 45° verso un orecchio.

2

Il paziente viene fatto sdraiare rapidamente all'indietro con la testa estesa di 20-30° sotto l'orizzontale.

3

Il test è positivo se si osservano movimenti involontari degli occhi (nistagmo) della durata di 10-20 secondi.

TRATTAMENTO: manovra di Epley

È il trattamento più efficace per la Vppb. Ha lo scopo di riportare le particelle fuori dal canale semicircolare posteriore e nella posizione corretta. Può essere eseguita in ambulatorio o a casa con adeguata istruzione



La manovra di Epley è molto efficace: tra l'88% e il 98% delle persone ha una risoluzione completa dei sintomi a 1 mese.



Nei casi di sintomi persistenti nonostante la manovra di Epley, è consigliato rivolgersi a uno specialista con esperienza in disturbi vestibolari

In sintesi

- La Vppb causa brevi episodi di vertigine scatenati da movimenti della testa
- È dovuto allo spostamento dei cristalli di calcio nei canali semicircolari
- Si diagnostica con il test di Dix-Hallpike
- Si tratta efficacemente con la manovra di Epley
- Se i sintomi persistono, consultare uno specialista

Generata con IA

BIBLIOGRAFIA

- Kerber KA, et al. Diagnosis and Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *JAMA* 2026. doi:10.1001/jama.2026.1927
- Wang P. Risk factors for recurrence in benign paroxysmal positional vertigo patients and construction of a predictive nomogram. *Medicine* 2025; 104(37):e44498.
- Rah YC. Advances in Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Updated Insights on Diagnostic Pitfalls and Management. *J Audiol Otol* 2026; 30: 1-12. doi: 10.7874/jao.2025.00717

È ora di passare dal concetto di pre-diabete a quello di stadi di malattia

La proposta giunge da un “Comment” comparso su *Lancet Diabetes & Endocrinology*. L'intento è quello di generare un dibattito volto a migliorare lo screening dei soggetti a rischio ed elaborare strategie per ritardare la progressione della malattia e delle sue complicanze

Livia Tonti

Il termine pre-diabete è in grado di aiutare i clinici a prendere tutte le iniziative utili a rallentare la progressione della malattia? Secondo un recente commento, pubblicato su *Lancet Diabetes & Endocrinology*, la risposta è no. E per questo gli autori propongono una nuova classificazione a stadi, che descriverebbe con maggior fedeltà la dinamica del **diabete tipo 2 come un processo continuo**, legato al progressivo declino della funzione delle cellule beta pancreatiche e all'aumento della resistenza insulinica.

3 nuovi stadi

Il termine pre-diabete è stato introdotto dall'*American Diabetes Association* (Ada) nel 2011, con l'intento di riconoscere i valori glicemici intermedi tra la norma e il diabete, intesi come fattore di rischio per lo sviluppo futuro di malattia, e di incoraggiare i medici a raccomandare modifiche dello stile di vita per ritardare la progressione. Nel corso dell'ultimo decennio, sono state dimostrate forti associazioni tra pre-diabete e rischio di malattie cardiovascolari, malattia renale cronica, demenza a esordio precoce e alcuni tumori, come il cancro del colon-retto, della mammella e del pancreas, suggerendo che questa condizione sia una malattia con implicazioni sulla salute più ampie di quanto si pensasse. Secondo la proposta degli autori del *Comment*, è possibile identificare tre

nuovi stadi di progressione della malattia:

► **Stadio 1** - Include soggetti con **rischio aumentato di sviluppare 'disglicemia'**, ma con glicemia ancora nei limiti normali, sebbene con un lieve declino della funzione beta-cellulare e un progressivo incremento della glicemia:

- glicemia a digiuno <101 mg/dl
- glicemia alla 1° ora nella curva da carico glucidico <155 mg/dl e alla 2° ora <140 mg/dl
- emoglobina glicata <5.7%,
- Titr, *Time in tight range* >90-95% [percentuale di tempo in cui i livelli di glucosio rimangono all'interno di un intervallo glicemico tra 70 e 140 mg/dl (Zhang et al, 2025)].

► **Stadio 2** - Include soggetti con alterazioni glicemiche, attualmente definite 'disglicemia' o 'pre-diabete':

- glicemia a digiuno: 101-124 mg/dl
- glicemia a 1 ora dal carico glucidico ≥155 mg/dl e a due ore 140-198 mg/dl
- emoglobina glicata 5.7-6.4%
- Titr >80-90%

con ulteriore sotto-stadiazione tra progressione lenta (**stadio 2a**) e rapida (**stadio 2b**).

► **Stadio 3** - Include soggetti con **diabete conclamato**:

- glicemia a digiuno ≥126 mg/dl
- glicemia a 1 ora nella curva da carico: 208.8 mg/dl e a due ore >200 mg/dl
- emoglobina glicata ≥6.5%
- Titr <80%

Secondo gli Autori, le persone progrediscono dallo stadio 2 allo stadio 3 a velo-

cità diverse. Coloro che presentano un'elevata insulino-resistenza (ad esempio, le persone obese), giovane età all'esordio della disglicemia, concentrazioni di glucosio a 1 ora anomale (≥154 mg/dl) nonostante normali concentrazioni di glucosio a 2 ore al *test* di tolleranza al glucosio orale con 75 g di glucosio, e bassi livelli di peptide C, sono a maggior rischio di progredire allo stadio 3 (progressione rapida, stadio 2b) rispetto a coloro a cui è stata diagnosticata la disglicemia dopo i 65 anni (progressione lenta, stadio 2a). Questa distinzione sarebbe importante per evitare un trattamento eccessivo degli anziani con iperglicemia lieve, raccomandando al contempo una gestione intensiva nei soggetti più giovani per minimizzare le complicanze del diabete. Con una riduzione sufficiente della massa delle cellule beta (perdita di circa il 70-80%), la maggior parte delle persone progredirà verso il diabete conclamato (stadio 3), che può essere inizialmente gestito con terapie non insuliniche (stadio 3a).

Secondo gli Autori, sostituire la terminologia relativa al pre-diabete con quella degli stadi del diabete di tipo 2, potrebbe contribuire ad accelerare la ricerca e lo sviluppo di terapie preventive.

• Shah VN, et al. *Staging prediabetes and type 2 diabetes: the time to start is now. Lancet Diabetes Endocrinol* 2026;14: 8-10. doi: 10.1016/S2213-8587(25)00333-X.

• Zhang Z, et al. *Time in tight range: A key metric for optimal glucose control in the era of advanced diabetes technologies and therapeutics. Diabetes Obes Metab* 2025; 27: 450-456.