

M.D.

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

Anno XXXII, numero 8 - 2025

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

IN QUESTO NUMERO

■ RIFLETTORI 9

**Acn Medicina generale:
la preintesa c'è,
ma i nodi restano**

■ CONTRAPPUNTO 10

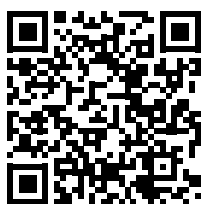
**Medici di famiglia,
l'identità che resiste**

■ TERAPIA 26

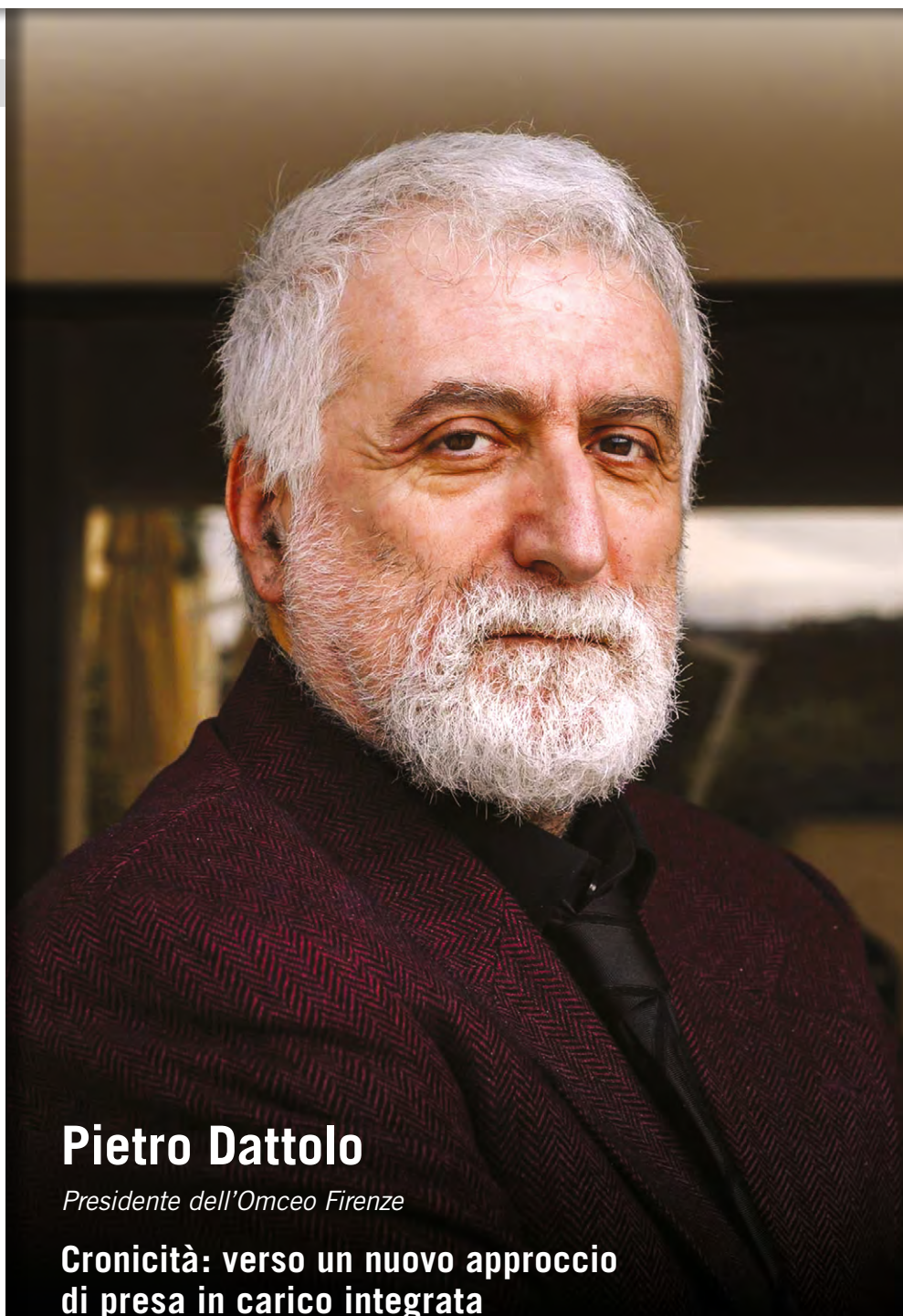
**Obesità: dal riconoscimento
come malattia cronica
alla gestione territoriale**

■ PRATICA MEDICA 28

**Osteoartrosi: impatto,
definizione e diversi
step di trattamento**



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



Pietro Dattolo

Presidente dell'Omceo Firenze

**Cronicità: verso un nuovo approccio
di presa in carico integrata**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXII numero 8 novembre-dicembre 2025

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

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Advertising

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

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Sincronia - Legnano

In questo numero

ATTUALITÀ

■ Prima pagina

Medicina generale, il tempo delle scelte 5

■ Intervista

Cronicità: un nuovo approccio di presa in carico integrata 6

■ Riflettori

Acn Medicina generale: la preintesa c'è, ma i nodi restano 9

■ Contrappunto

Medici di famiglia, l'identità che resiste 10

■ Osservatorio

Il Bel Paese invecchia tra cronicità e medicalizzazione 12

■ Letture

Un appello alla rinascita della Medicina di famiglia 13

■ Relazione e cura

Come lo studio medico diventa parte della relazione di cura 14

CLINICA E TERAPIA

■ Focus on

2025: un anno di cambiamenti rivoluzionari
per la Nefrologia italiana 18

■ Clinica

Acufene, un suono fantasma che compromette la qualità di vita 21

■ Farmaci

Colchicina: un nuovo utilizzo clinico 22

■ Management

Prevenzione delle recidive della calcolosi renale: stato dell'arte 23

■ Terapia

Obesità: dal riconoscimento come malattia cronica
alla gestione territoriale 26

■ Pratica medica

Osteoartrosi: impatto, definizione e diversi step di trattamento 28



Medicina generale, il tempo delle scelte

■ Anna Sgritto

Il 2025 si chiude con una questione ormai ineludibile: la Medicina generale continua a essere proclamata pilastro del Servizio sanitario nazionale, ma rimane priva di investimenti mirati e di un reale riconoscimento strutturale. La Legge di Bilancio ha rafforzato il Fondo sanitario, ma ha ignorato la voce dei medici convenzionati proprio mentre il Dm 77 - la riforma della sanità territoriale - richiede un cambio di passo deciso, fatto di prossimità, presa in carico e continuità assistenziale.

La sigla della preintesa 2022-2024 ha permesso di recuperare arretrati e introdurre alcune tutele, ma rappresenta solo una tappa intermedia. La categoria, già indebolita dal calo delle vocazioni, dall'età media avanzata e dalla perdita di attrattività, si ritrova oggi anche divisa di fronte alla flessibilità contrattuale necessaria per attuare il nuovo modello organizzativo territoriale. Senza un progetto condiviso, il rischio è paralizzare la riforma e condannare la Medicina generale a una lenta implosione. Nel frattempo, ciò che per anni è stato definito una "privatizzazione strisciante" del Ssn non è più strisciante: è evidente. Scelte regionali sempre più orientate a colmare i vuoti del pubblico con il privato stanno accelerando un processo che mette in discussione la stessa natura universalistica del sistema.

Il nodo, però, non è solo economico. È organizzativo, culturale e politico. E riguarda, prima di tutto, la capacità del sistema di rispondere a un Paese che sta cambiando rapidamente: l'Italia è tra le nazioni più anziane d'Europa, con proiezioni demografiche che indicano un forte aumento della popolazione fragile e un'esplosione delle cronicità nei prossimi anni. A questo si affianca un problema strutturale: il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil è destinato a diminuire. Secondo la Fondazione Gimbe, infatti, con la Manovra 2026 la quota del Pil destinata al Fsn scenderà nel 2028 al 5,9%.

In questo scenario, il tema non è solo di risorse, ma di visione. La Medicina di famiglia deve tornare a essere percepita come presidio di prossimità, capace di garantire continuità e sostenibilità. Per farlo servono investimenti mirati, strumenti adeguati e un progetto politico che metta davvero al centro il cittadino e chi lo cura ogni giorno. Senza un presidio territoriale forte, non solo non saremo in grado di sostenere l'aumento dei bisogni assistenziali, ma finiranno per colmare il vuoto altri attori, con il rischio concreto che il Ssn perda la sua anima universalistica già in forte crisi.

Il 2026 si apre con una sfida che riguarda tutti: istituzioni, professionisti e cittadini. Il nuovo anno non può iniziare con ulteriori attese. È tempo di scelte, di responsabilità e di una riforma reale del Servizio sanitario nazionale.



Cronicità: un nuovo approccio di presa in carico integrata

In Toscana prende forma una visione innovativa dell'assistenza: meno frammentazione, più continuità delle cure, un ruolo centrale e rafforzato per il medico di medicina generale e percorsi multidisciplinari condivisi tra ospedale e territorio. A illustrare il progetto è Pietro Dattolo, presidente dell'Omceo Firenze e coordinatore del gruppo di lavoro che ha elaborato il documento "La presa in carico della cronicità fra ospedale e territorio"

Anna Sgritto

La gestione dei pazienti cronici rappresenta oggi una delle sfide più urgenti per il Servizio sanitario nazionale, aggravata dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente complessità clinica. In Toscana, l'Ordine dei medici di Firenze propone un approccio innovativo capace di superare la frammentazione tra ospedale e territorio, valorizzando il ruolo del medico di medicina generale e promuovendo percorsi multidisciplinari integrati. Ne discutiamo con **Pietro Dattolo**, presidente dell'Omceo Firenze e coordinatore del gruppo dell'Organismo toscano per il governo clinico che ha redatto il documento "La presa in carico della cronicità fra ospedale e territorio".

Quali sono le principali criticità che il nuovo modello intende superare nella gestione dei pazienti cronici, e perché oggi il Ssn non riesce più a garantire un universalismo effettivo?



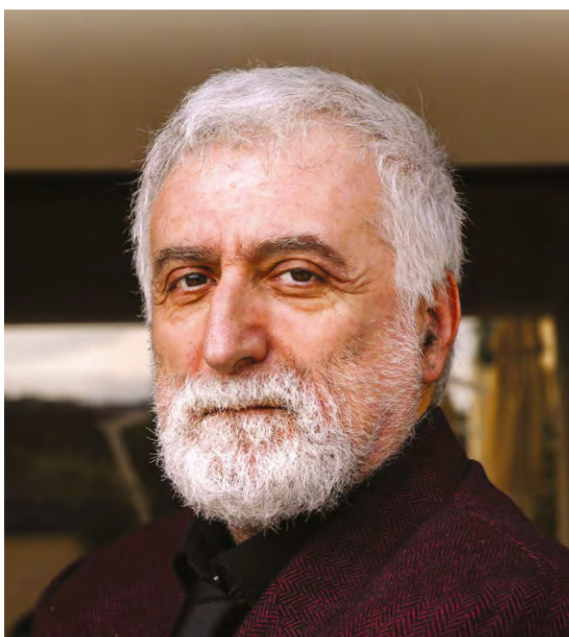
“La criticità principale è la frammentazione dei percorsi di cura. Oggi un paziente cronico si trova spesso a dover navigare tra più professionisti, strutture e sistemi informativi che non comunicano tra loro. Questo genera duplicazioni, ritardi diagnostici, costi aggiuntivi e, soprattutto, una sensazione di smarrimento nel paziente, già provato fisicamente e psicologicamente dalla malattia. Il nostro Ssn rimane universalistico nei principi, ma nella pratica quotidiana la capacità di presa in carico integrata è messa alla prova da una domanda crescente e da risorse umane ed economiche che non crescono allo stesso ritmo. La cronicità non è più un evento eccezionale: riguarda una quota cre-

scente della popolazione e assorbe ormai oltre il 70% delle risorse sanitarie. Per questo serve un cambio di paradigma: va bene un sistema che risponde ai pazienti acuti, ma ci vuole anche un sistema che risponda ai cronici riacutizzati, un modello capace di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso di vita e di malattia. L'obiettivo è ristabilire quell'universalismo reale che passa dalla capacità di garantire continuità, accessibilità e qualità, non solo diritto formale alla cura”.



Il documento propone la figura dello "specialista unico di percorso". Come cambierebbe concretamente la collaborazione tra Mmg e specialisti ospedalieri?

“Lo specialista unico di percorso rappresenta un elemento innovativo del modello. Non si tratta di creare una nuova figura, ma di attribuire una funzione di riferimento clinico stabile lungo tutto il decorso della patologia. Oggi il paziente cronico incontra più specialisti in momenti diversi, spesso senza un coordinamento reale tra loro. Lo specialista (o meglio gli specialisti) di percorso, invece, ha il compito di garantire coerenza clinica, uniformità delle decisioni terapeutiche e raccordo continuo con il medico di medicina generale. Questo non toglie nulla al ruolo del medico di famiglia, anzi: lo valorizza come interlocutore costante del paziente e come garante della continuità assistenziale. La collaborazione diventa bidirezionale: il medico di medicina generale mantiene la visione globale della persona, mentre lo specialista unico di percorso assicura l'appropriatezza e l'aggiornamento tecni-



Pietro Dattolo, presidente dell'Omceo di Firenze, è direttore della Struttura complessa di Nefrologia e Dialisi Firenze II (Ospedale Santa Maria Annunziata, Ospedale Serristori e Ospedale del Mugello) con incarico nel governo clinico della Toscana. Da anni si occupa di organizzazione sanitaria, gestione integrata della cronicità e promozione di modelli assistenziali fondati sulla collaborazione tra professionisti e sulla sostenibilità clinica dei percorsi di cura.

co-scientifico. È un modello di corresponsabilità, fondato su un linguaggio comune, protocolli condivisi e strumenti digitali che permettano un dialogo clinico quotidiano tra professionisti, superando le barriere fisiche tra ospedale e territorio ”.



Il superamento del Cup tradizionale è una delle proposte più innovative. Come funzionerebbe il nuovo sistema di prenotazione in back office e quali vantaggi porterebbe ai pazienti e ai professionisti?

“ Il Cup, per come è oggi concepito, è uno strumento amministrativo che gestisce la prenotazione di singole prestazioni, ma non di percorsi. È perfetto per una visita o un esame isolato, ma non per la gestione continuativa di un paziente cronico. La proposta di un sistema di prenotazione in

back office nasce dall'idea di trasformare la logica della prenotazione in un processo clinico, non burocratico. In pratica, lo specialista o il medico di famiglia, al termine della visita, possono attivare direttamente gli appuntamenti successivi, in base al piano di cura condiviso. Non serve più che il paziente torni allo sportello o cerchi di orientarsi nel sistema: l'intero percorso viene costruito e gestito in modo coordinato da un *team*. Questo permette una migliore programmazione delle agende, riduce i tempi d'attesa e, soprattutto, restituisce al professionista la regia clinica delle decisioni. È un modello che valorizza il tempo del paziente e del medico, semplifica la burocrazia e migliora la qualità percepita del servizio. Inoltre, un sistema di *back office* integrato con le piattaforme digitali regionali consente di raccogliere dati preziosi per il monitoraggio dei percorsi e la valutazione degli esiti ”.



I gruppi multidisciplinari e i day service nelle Case di Comunità sono al centro del modello. Quali risorse e competenze servono per renderli operativi su larga scala?

“ I gruppi multidisciplinari rappresentano il cuore della presa in carico integrata. Sono composti da medici di medicina generale, specialisti ospedalieri, infermieri di famiglia, fisioterapisti, psicologi e assistenti sociali, tutte figure coordinate dalle Aggregazioni funzionali territoriali nelle Case di Comunità. Ognuno contribuisce con una competenza specifica, ma ciò che fa la differenza è la capacità di lavorare insieme, con un linguaggio e una metodologia comuni. Le Case di Comunità, se dotate di personale stabile e di strumenti digitali adeguati, possono diventare il luogo naturale di questa collaborazione. Per renderle operative su larga scala servono tre condizioni: personale formato al lavoro di équipe, piattaforme informatiche interoperabili e un sistema di governance territoriale che ne coordini l'attività. Il day service, inoltre, è un elemento di grande modernità: consente di concentrare in una sola giornata valutazioni cliniche e diagnostiche che oggi richiedono settimane. Questo riduce l'affaticamento del paziente, migliora la tempestività delle decisioni e aumenta l'efficienza complessiva del sistema. Ma tutto ciò richiede senza dubbio investimenti, soprattutto nelle risorse umane e nella capacità organizzativa dei distretti ”.



In che modo questa proposta valorizza il ruolo del medico di medicina generale e ne rafforza la centralità nel percorso di cura del paziente cronico?

“ Il medico di medicina generale è e deve restare il punto di riferimento del cittadino. Il modello che proponiamo rafforza tale paradigma. In un sistema complesso come quello della cronicità, il medico di famiglia è la figura che conosce il contesto del paziente, la sua storia clinica, le sue abitudini e le sue fragilità. Oggi però è spesso lasciato solo, con strumenti informatici limitati e carichi di lavoro che crescono sempre di più. La nostra proposta prevede invece un'integrazione piena: il medico di medicina generale (o meglio le Aggregazioni funzionali territoriali) partecipa e coordina ai gruppi multidisciplinari, accede al fascicolo sanitario elettronico in tempo reale, può interagire con lo specialista unico di percorso e con il *team* di *back office*. In questo modo viene restituita al territorio la sua funzione di regia e di prevenzione. È anche un riconoscimento del valore professionale del medico di famiglia, che deve essere un clinico a tutti gli effetti, inserito in un sistema coordinato e tecnologicamente evoluto. Solo così si può realizzare una vera medicina di prossimità, capace di intercettare precocemente i bisogni e di prevenire l'acuzie ”.



Il modello proposto per la gestione della cronicità nasce in Toscana, ma affronta criticità comuni a tutto il Paese. Secondo lei, ci sono le condizioni perché questa proposta possa diventare un riferimento nazionale per la riforma dell'assistenza territoriale?

“ Sì, il nostro gruppo di lavoro ne è convinto. La Toscana ha una tradizione consolidata di programmazione sanitaria basata sulla qualità, sull'integrazione e sulla partecipazione dei professionisti. Il lavoro del gruppo nasce da un confronto ampio, che ha coinvolto medici, dirigenti, infermieri e rappresentanti delle aziende sanitarie. È un documento tecnico, ma anche un messaggio politico nel senso più alto del termine: la necessità di un Servizio sanitario nazionale che torni a essere capace di programmare, non solo di rispondere. Le criticità che abbiamo analizzato - la frammentazione, la disomogeneità territoriale, la difficoltà di accesso, l'eccessiva burocrazia - sono comuni a tutto il Pa-

se. Per questo il modello toscano può essere una base di lavoro per una riforma nazionale dell'assistenza territoriale. Credo che la forza di questa proposta stia nella sua concretezza: non teorie astratte, ma soluzioni operative, basate sull'esperienza quotidiana dei professionisti. Se il confronto tra Regioni e Ministero della Salute saprà valorizzare queste buone pratiche, potremo costruire insieme un sistema più equo, più moderno e più vicino ai cittadini, in particolare alle persone che soffrono di una malattia cronica ”.

**IL MODELLO TOSCANO
PER LA CRONICITÀ IN SINTESI**

- **Presa in carico attiva:** non è il paziente a cercare l'offerta, ma il sistema che intercetta il bisogno.
- **Team base territoriale** (Mmg /PIs, infermiere, assistente sociale) supportato da **Gruppi multidisciplinari** con specialisti e servizi sociali.
- **Day service della cronicità:** aperti 12 ore, con diagnostica e valutazioni multidisciplinari in un'unica presa in carico.
- **Pai unico e condiviso** tra Mmg e specialisti, con cartella clinica indicizzata e teleconsulto come standard.
- **Specialista unico** che ruota tra strutture per continuità di cura e competenze uniformi.
- **Accesso diretto degli Mmg** a rivalutazioni, PADiC e ricoveri; dopo la prima visita sparisce il passaggio dal Cup (agende interne dedicate).
- **Gestione preventiva delle liste d'attesa** grazie ai percorsi unificati e al coordinamento Mmg-specialisti.
- **Pubblico e accreditato integrati:** lo specialista privato può operare "come pubblico" solo dentro i percorsi Ssn/Ssr.
- **Obiettivo finale:** stabilizzare il paziente cronico attraverso presa in carico parallela e decisioni in tempo reale.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF del documento: il Day service (Ds) nelle Case di comunità e il Gruppo multidisciplinare per la presa in carico della Cronicità (Gmc)



Acn Medicina generale: la preintesa c'è, ma i nodi restano

In Sisac è stata firmata la preintesa sull'Accordo collettivo nazionale (Acn) 2022-2024 della Medicina generale che sblocca anni di ritardi e introduce nuove tutele e risorse per le Aft. Malgrado la firma, diversi sindacati sottolineano criticità economiche e organizzative, definendo l'intesa un passaggio di transizione in attesa di una riforma più strutturale

Finalmente, tra distinguo e critiche sindacali, è stata firmata la preintesa sull'Accordo collettivo nazionale 2022-2024 della Medicina generale, che riguarda migliaia di medici di famiglia, professionisti del 118 e continuità assistenziale. Un passaggio atteso, che sblocca una fase di ritardi contrattuali e apre la strada al cantiere del prossimo triennio. L'intesa vale circa 300 milioni di euro annui, con un incremento economico vicino al 6% suddiviso tra quote capitarie e orarie e un fondo dedicato alle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), legato al raggiungimento di obiettivi. Previsti anche arretrati e 150 milioni di contribuzione previdenziale per il 2024-2025. Sul piano normativo, introdotte correzioni mirate: maggiore flessibilità per le

mediche in maternità e tutele per i giovani in formazione con incarichi temporanei.

Nonostante ciò, **l'accordo è definito "di transizione"**. Si firma infatti un Acn relativo a un triennio già concluso, con un incremento giudicato insufficiente rispetto all'inflazione e senza risposte strutturali su investimenti, dotazioni tecnologiche e personale, temi cruciali per l'attuazione del Pnrr e l'ampliamento delle funzioni territoriali.

Le posizioni sindacali

I sindacati di categoria esprimono posizioni articolate sull'intesa. Per la **Fmt**, il presidente **Francesco Esposito** parla di "ombre e qualche luce", sottolineando l'insufficienza dell'aumento (5,78%) ma apprezzando le tutele per maternità e la flessibilità nelle Case di comunità. La **Fimmg**, attraverso il segretario generale **Silvestro Scotti**, considera la firma un passo avanti ma non un traguardo: il 70% delle risorse va alle quote fisse e il 30% al fondo obiettivi Aft, con reinvestimento delle somme non utilizzate. Centrale resta la necessità di sostenere studi e équipe con risorse aggiuntive.

La **Fnomceo**, per voce del presidente **Filippo Anelli**, definisce

l'accordo "un grande passo in avanti" che garantisce un aumento del 6% e valorizza le Aft, con risposte h24 ai cittadini e tutele per i colleghi più fragili. Anche il presidente della Commissione Salute del Senato, Franco Zaffini, plaude alla firma, evidenziando il recupero dell'arretrato, l'apertura al rinnovo 2025-2027 e strumenti per favorire l'ingresso dei giovani.

Più critici i giudizi di **Smi** e **Snamì**.

Pina Onotri segretario generale Smi parla di contratto senza cam-

bio di passo, limitato a recepire incrementi già previsti e arretrati, denunciando perdita di potere d'acquisto e assenza di misure contro burocrazia e carichi di lavoro. **Angelo Testa, presidente Snamì**, ribadisce la contrarietà al Ruolo unico di Assistenza primaria, considerato il nodo principale della medicina territoriale, e chiede una revisione della legge Balduzzi.

In sintesi, la preintesa 2022-2024 segna un passo necessario per chiudere una stagione di ritardi e introdurre alcune tutele, ma resta un accordo di transizione. La vera partita si giocherà con il prossimo rinnovo: servono risorse nuove, riforma organizzativa e sostegno alla capacità produttiva della Medicina generale, questa volta senza ulteriori rinvii.

A.S.



Medici di famiglia, l'identità che resiste

La Medicina conserva un fondamento filosofico e morale che, insieme al Codice deontologico, guida l'etica professionale. Custodendo i principi del giuramento di Ippocrate, il medico di medicina generale diventa oggi interprete concreto di continuità e responsabilità, traducendo in azioni quotidiane i valori della professione, anche di fronte alle pressioni e complessità del sistema sanitario moderno

Alessandro Chiari

Segretario regionale Fismu Emilia Romagna, Mmg Reggio Emilia

La versione originale del giuramento di Ippocrate conserva un fascino particolare: la liricità dell'invocazione iniziale agli dei conferisce all'atto formale un senso di eternità. Il giuramento è stato nel tempo rielaborato nella forma e in alcuni contenuti, seguendo le trasformazioni sociali, religiose e storiche, ma i principi espressi restano intatti e danno nobiltà a quella che, nata come magia praticata da sciamani, divenne un'arte e oggi è una professione. Una professione che non dovrebbe mai essere interpretata come un semplice mestiere, pur mantenendo una doverosa distanza da istanze, tentazioni e tradizioni corporativistiche.

Siamo noi medici, ogni giorno, con il nostro operato al domicilio del paziente e negli ambulatori, a dover dare significato al Codice deontologico e ai principi che lo ispirano. Siamo noi, in ultima istanza, ad affermare o negare l'esistenza stessa dell'etica medica. I principi esistono, ma siamo noi a doverli confermare rendendoli operativi con azioni coerenti.

Purtroppo, nell'attuale scenario post-Covid, l'obiettivo delle organizzazioni sanitarie sembra essere quello di utilizzare il medico come un lavoratore a cottimo, privato della possibilità di autogestire volonta-

riamente il proprio lavoro e continuamente esposto al conflitto con l'utenza. Nel contempo, il medico è considerato un "tecnico" inserito in un complesso organizzativo che lo vede responsabile di una parte definita del percorso clinico, terapeutico e riabilitativo. Paradossalmente, una struttura che ridimensiona il ruolo del medico finisce per rendere l'attività dei "sanitari" simile a quella di operai in una catena di montaggio.

Un modello penalizzante

Questo modello organizzativo non tiene conto della complessità - che va oltre protocolli e linee guida - insita in ogni atto clinico, e che richiede conoscenze, capacità relazionali, flessibilità e buon senso. La complessità si adatta poco a un modello industriale, in cui il prodotto monitorato è il numero di prestazioni tecnologiche eseguite. Essa non coincide con la complicazione di un percorso clinico-assistenziale (visione tipicamente amministrativa), ma rappresenta la modalità naturale con cui le patologie si presentano. Se è vero che la libertà si riduce, alla fine, a una questione di responsabilità, dobbiamo continuare a educare il cittadino al corretto uso delle risorse. L'utente deve essere con-

sapevole che un accesso improprio alla rete assistenziale sottrae la stessa risorsa a chi ne ha realmente bisogno. Il medico non dovrebbe essere percepito come un giudice che assegna o nega risorse, pur muovendosi all'interno di percorsi dettati dall'appropriatezza diagnostica, terapeutica e riabilitativa.

Viviamo oggi nel tempo dell'Ia, in un mondo passato dalla dimensione analogica a quella digitale: il *mondo dei bits* immaginato da **Negroponte** negli anni '90 e realizzato da **Steve Jobs** e **Bill Gates**, ora trasformato in un ecosistema globalmente interconnesso dai vari **Bezos, Musk & co.** Sembrerebbe che, invertendo il paradigma, il sistema possa modificare l'individuo attraverso strumenti tecnologici sempre più pervasivi. Il problema è che la tecnologia evolve più rapidamente della capacità dell'uomo - e del medico - di recepirne e utilizzarla correttamente; da ciò derivano utilizzi impropri e talvolta disumanizzanti.

Curare o prendersi cura?

Esiste una differenza sostanziale tra curare un paziente e prendersene cura. Teoricamente, la cura spetterebbe alla professione medica, mentre il prendersi cura a quella infermieristica. La diversa responsa-



bilità professionale e la giurisprudenza prodotta sul confine dell'atto medico testimoniano questa distinzione: il medico si occupa della malattia, l'infermiere delle sue conseguenze e della qualità di vita della persona. Talvolta, tuttavia, ai medici vengono affidate mansioni infermieristiche e viceversa.

Sono la diagnosi e l'impostazione della terapia a definire la differenza? Persiste comunque la tendenza a frammentare l'attività sanitaria in competenze separate, affidate a operatori diversi, senza una chiara distinzione di ruoli e gerarchie. Il medico, tuttavia, rimane il capro espiatorio legale e il responsabile ultimo di ciò che accade.

In questo contesto, non sorprende che figure non mediche, non abilitate e non formate per tali ruoli, vengano spinte - anche per esigen-

ze economiche o politiche - a interpretare funzioni mediche. Il concetto di "differentemente medico" si insinua lentamente ai margini della nostra area professionale, generando confusione di ruoli e compiti che rischia di compromettere la nostra identità professionale. La professione medica, madre di tutte le professionalità sanitarie, rischia così di perdere il proprio valore intrinseco, scivolando verso una pianificazione paradossale.

Tornando a noi...

Chiudo queste riflessioni generali tornando a una dimensione meno drammatica, ma non meno preoccupante. Purtroppo, alcuni colleghi, nell'esercizio quotidiano, sembrano dimenticare l'esistenza del Codice, superando - pur in forme meno gra-

vi - quella sottile linea che delimita la frontiera professionale fissata dalla deontologia e dall'etica medica. Le mancanze più dolorose, forse, sono proprio quelle tra colleghi. La causa potrebbe essere una progressiva rarefazione dei valori morali, diluiti e offuscati dal *business*, in un'epoca dominata dalla ricerca del successo a ogni costo e dalla pressione esercitata da un sistema altamente competitivo. Crediamo che la nostra professione sia caratterizzata da una fisiologica sensazione di onnipotenza, necessaria per assumersi quel rischio decisionale essenziale per essere un buon medico, ma che normalmente viene modulata da limiti etici, deontologici, umani e morali. Ognuno di noi, con la propria misura, è chiamato - volenti o nolenti - a essere custode della vita o della morte.

Il Bel Paese invecchia tra cronicità e medicalizzazione

Il Rapporto Osmed 2024 mostra un consumo quotidiano di oltre 1.100 dosi di farmaci ogni mille abitanti, segnale della crescente cronicità e fragilità della popolazione. Centrale il ruolo dei medici di famiglia nella gestione delle terapie, nella prevenzione e nella sostenibilità del sistema sanitario



S secondo il Rapporto Osmed 2024 dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), gli italiani consumano in media oltre 1.100 dosi di farmaci al giorno ogni mille abitanti, un indicatore che riflette l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e le fragilità quotidiane. La spesa farmaceutica complessiva ha raggiunto 37,2 miliardi di euro, in crescita del 2,8% rispetto al 2023, trainata soprattutto dalle terapie oncologiche e immunomodulatorie, che rappresentano quasi il 30% della spesa totale.

Sul territorio, la maggior parte dei consumi riguarda farmaci destinati a:

1. Apparato cardiovascolare: ipertensione e prevenzione cardiovascolare.
2. Sistema muscolo-scheletrico: antidolorifici, Fans e integratori per fragilità ossea (vitamina D).
3. Sistema nervoso centrale: ansiolitici, antidepressivi e psicostimolanti.

L'analisi dei dati evidenzia che la politerapia cronica è sempre più diffusa, soprattutto tra gli over 65, con un paziente su cinque che assume più di cinque farmaci diversi contemporaneamente. Gli italiani ricorrono anche ampiamente ai farmaci da banco, soprattutto per disturbi lievi o temporanei come mal di testa, insonnia, raffreddore e piccoli dolori muscolari. Questi numeri non sono astratti per i Mmg: riflettono la realtà quotidiana delle cure e l'aumento della fragilità dei pazienti.

Il Rapporto Osmed segnala an-

che disuguaglianze territoriali:

in alcune regioni l'uso di farmaci equivalenti resta basso, mentre altrove cresce l'automedicazione con farmaci da banco. Per i Mmg, ciò significa bilanciare la risposta immediata ai bisogni dei pazienti con la responsabilità di garantire appropriatezza e sostenibilità del Ssn.

Il presidente Aifa, **Robert Nisticò**, ha sottolineato la necessità di "più appropriatezza e uso ottimale delle risorse per bilanciare innovazione e sostenibilità". Per i Mmg, le principali sfide sono:

4. Gestire la cronicità con strumenti diagnostici e terapeutici adeguati.
5. Educare i pazienti a un uso consapevole dei farmaci, contrastando l'automedicazione impropria.
6. Promuovere l'uso degli equivalenti, che permettono risparmi significativi senza compromettere la qualità delle cure.

Il Rapporto Osmed 2024 invita i medici di famiglia a riflettere sul proprio ruolo di garanti dell'appropriatezza delle cure, promotori di prevenzione e custodi della fiducia dei pazienti. Tuttavia, lo stato attuale della professione rende questi appelli difficili da tradurre in pratica: i Mmg scarseggiano di anno in anno, la professione è sotto pressione crescente e non attrae più i giovani. Senza investimenti concreti nella medicina del territorio e politiche che sostengano chi quotidianamente si prende cura della cronicità e della fragilità della popolazione, anche i messaggi più autorevoli rischiano di rimanere teorici.

A.S.

Un appello alla rinascita della Medicina di famiglia

Giuseppe Maso, Mmg di lunga esperienza (1079-2023) e docente universitario, nel suo ultimo libro: “Il Medico che vorrei” propone una riflessione lucida e appassionata sul futuro della professione e del Ssn. Ripercorrendo l’evoluzione della Medicina, evidenzia le criticità del sistema attuale e apre a prospettive di rinnovamento, dove l’Intelligenza artificiale può offrire un supporto prezioso, senza mai mettere in discussione la centralità del rapporto umano con il paziente



G **Giuseppe Maso**, specialista in Nefrologia e Medicina Interna, che ha esercitato come medico di medicina generale dal 1979 al 2023, nel suo ultimo libro *Il Medico che vorrei. Ritrovare il Medico di famiglia e salvare il Sistema sanitario* (Gabrielli Editori, 2025) ci regala un’analisi profonda e provocatoria sullo stato attuale della professione e sulla necessità di rilanciare la Medicina di famiglia. La prefazione di **Gianfranco Sinagra**, cardiologo e accademico di riferimento nel panorama italiano, insieme a una premessa dettagliata, inquadrano il libro nel contesto di una riflessione più ampia sulla Medicina dal Novecento all’era dell’Intelligenza artificiale. Maso denuncia con chiarezza le criticità del sistema sanitario attuale: il carico burocratico eccessivo, il limite massimo di assistiti (1.500 pazienti), il sistema di pagamento a quota capitaria e la carenza di formazione accademica specifica hanno contribuito a una progressiva perdita di autonomia, competenze cliniche e iniziativa professionale. Il libro evidenzia anche la responsabilità della categoria stessa nella deriva della Medicina genera-

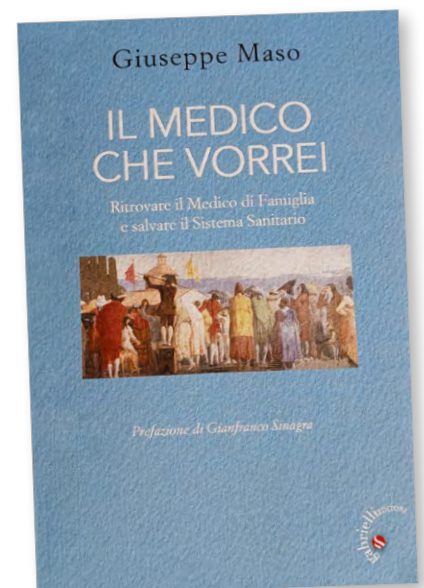
le, citando ad esempio il 26% di accessi impropri al Pronto soccorso.

Mmg regista delle cure

L’autore delinea il Mmg ideale come professionista colto, aggiornato, aperto all’innovazione tecnologica, ma profondamente centrato sulla persona. Maso ribadisce l’importanza di un approccio globale, orientato alla famiglia e alla comunità, e propone una revisione radicale dei metodi di insegnamento, apprendimento e valutazione della disciplina. L’Intelligenza artificiale (Ia) è vista come strumento di supporto amministrativo e clinico, mentre il medico di famiglia deve rimanere il regista delle cure, padroneggiando la tecnologia senza perdere le abilità tradizionali come l’osservazione clinica diretta. Cinque requisiti fondamentali, secondo Maso, garantirebbero la sopravvivenza e la rinascita della Medicina di famiglia: un campo di azione definito, lo status di specialità accademica, principi solidi, autorità professionale e ricerca. L’opera si propone come un manifesto per una nuova figura medica, capace di coniugare la sapienza dei medici pre-riforma

con le potenzialità offerte dall’Ia. *Il Medico che vorrei* non è solo un libro di riflessioni, ma un appello concreto per il recupero di una disciplina cardine del Sistema sanitario nazionale, offrendo idee precise e stimolanti per la formazione, l’organizzazione e la professionalità del Mmg. Un testo diretto, schietto e autocritico, che rappresenta un contributo significativo al dibattito sulla medicina contemporanea e il futuro delle cure primarie.

A.S.





Come lo studio medico diventa parte della relazione di cura

Gli spazi che frequentiamo sono in grado di influire sul nostro stato emotivo e fisico. Esserne consapevoli è il primo passo per poter adattare i nostri luoghi, di casa o di lavoro, in modo da poterci stare con maggiore agio e, per quanto riguarda in particolare gli studi professionali sanitari, renderli coerenti con le dimensioni di ascolto e accoglienza necessari a un'efficace relazione di cura

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

È capitato più o meno a tutti di entrare in un ambiente nuovo, una casa, un locale, uno studio, e provare disagio, apparentemente senza un motivo intelligibile. Allo stesso modo può succedere di accedere a uno spazio e sentirsi accolti, a proprio agio, al sicuro. Lo stesso ci possiamo aspettare accada nell'ambiente dello studio medico, già spesso emotivamente greve per definizione, in cui il bisogno di cura e di sentirsi accolti è, si può dire, vitale. Ma sono solo impressioni o c'è del vero in queste percezioni? E ci sono degli accorgimenti che si possono mettere in atto per rendere i nostri ambienti più coerenti col tipo di mes-

saggio che vogliamo comunicare? L'abbiamo chiesto alla dottoressa **Francesca Bonati**, Counselor ed esperta in Sociologia e Feng Shui, a cui abbiamo anche domandato un focus sullo studio medico.

1 È vero quel che si dice, che l'ambiente circostante - casa, studio medico, luogo di lavoro - influenza gli aspetti psico-fisici dell'uomo? Se sì, come?

Sì, è vero, e non è solo una percezione soggettiva: l'influenza dell'ambiente sull'essere umano è riconosciuta e per capirlo basta pensare a cosa accade al nostro corpo in certe situazioni quotidiane.

Immaginiamo di entrare in una stanza affollata, con luci forti e molti oggetti dai colori sgargianti. Senza rendercene conto, il respiro si fa più corto e veloce, le spalle si sollevano e i pensieri diventano più frammentati e rapidi, l'attenzione si sposta completamente verso gli stimoli esterni.

Ora immaginiamo l'opposto: una stanza arredata in modo semplice, con luce calda e soffusa e pochi elementi, colori tenui. Il corpo reagisce da solo, un piccolo sospiro, le spalle che si abbassano, il battito che rallenta così come la velocità dei nostri movimenti nello spazio e dei pensieri che si rivolgono tanto all'esterno quanto all'ascol-

to di ciò che si muove dentro di noi.

Queste reazioni non le scegliamo: accadono. Sono il segno che il nostro sistema nervoso sta "leggendo" l'ambiente e modulando il nostro corpo e comportamento perché si adatti ad esso, anche se la nostra mente ignora ciò che sta accadendo.

L'influenza dell'ambiente è ampiamente riconosciuta anche dalla scienza: siamo esseri adattivi, e l'ambiente è da sempre una delle variabili più potenti nel determinare il nostro stato interno.

Fin dalla notte dei tempi ogni forma di vita si è adattata all'ambiente: i comportamenti più efficaci sono stati trasmessi come modelli da imitare, diventando "programmi" incorporati nella nostra specie: li chiamiamo **istinti**.

Gli istinti rispondono ai bisogni più profondi e sono il ponte più antico tra noi e l'ambiente.

Proprio perché sono fondamentali, gli istinti si attivano rapidamente, spesso in risposta a stimoli diversi che li richiamano. Ad esempio:

- Il rumore improvviso di un oggetto che cade ci fa sobbalzare, anche senza reale pericolo.
- Una luce intensa o un'ombra improvvisa ci irrigidisce, come davanti a un predatore.
- Una struttura imponente o verticale, come una torre, trasmette autorità e rispetto, stimolando il nostro



Francesca Bonati

*Sociologa, Counselor, Consulente
Feng Shui, Istruttrice di Yoga
Sito web: <https://estiaspaces.com/>*



istinto di gerarchia e attenzione.

Non è un caso che fino a poco tempo fa le cattedre nelle scuole e prima ancora il trono dei re erano posizionati sensibilmente più in alto rispetto a chi entrava nella stanza. Da qui si può comprendere il legame profondo tra l'essere umano e lo spazio che lo circonda: biologico, sensoriale, emotivo e comportamentale. Il nostro sistema legge e risponde agli stimoli ambientali prima ancora che la mente possa interpretarli adeguandosi immediatamente ad essi.

2 In che modo avviene, l'influenza dell'ambiente sugli aspetti psico-fisici dell'uomo?

Il nostro cervello, in pochi millisecondi, legge i segnali dell'ambiente in termini di **sicurezza, apertura, pericolo, familiarità o tensione**. Questo processo è una valutazione inconscia e immediata dello stato del mondo intorno a noi, registriamo tutto quello che ci circonda per valutare come reagire, e quali comportamenti mettere in atto per la nostra sopravvivenza. Tutto questo avviene così rapidamente che il nostro pensiero non può cogliere il processo se non osservandone il comportamento risultante.

Lo spazio circostante partecipa alle interazioni umane con quella che può rientrare in una vera e propria comunicazione non verbale. Mi spiego: se pensiamo ai tre livelli della comunicazione - verbale (significato), para-verbale (intonazione e volume) e non verbale - sappiamo che quest'ultimo pesa circa **il 55%** di ciò che comunichiamo.

La comunicazione non verbale è tutto ciò che diciamo e trasmettiamo senza parlare: gesti, posture, espressioni del volto, movimenti del corpo, e persino il modo in cui ci muoviamo nello spazio. Anche l'ambiente che ci circonda comunica in questo modo.

3 Puoi fare degli esempi?

Parlando in termini di **sicurezza, apertura, pericolo, familiarità o tensione** immaginiamo uno studio

medico classico, di quelli che si incontrano 2 visite su 3.

Sala d'attesa, con sedie solitamente scomode, e immediatamente vicine alla porta d'ingresso. La porta dello studio si apre e troviamo di fronte la scrivania, con il medico nascosto dietro al pc. Sul lato lettino e separè (se siamo fortunati) per prepararsi alla visita. Spazi standardizzati, pochi elementi personali e poca attenzione alla disposizione degli arredi.

Per chi lo vive quotidianamente, il medico, lo studio può diventare un ambiente **stressante e svuotante**: spazi freddi o impersonali come questi aumentano il carico mentale, amplificano la stanchezza e riducono la motivazione. La mancanza di comfort irrigidisce corpo e mente, rende il lavoro meccanico e costringe a micro-adattamenti costanti che sottraggono energie alla relazione con il paziente.

Per chi entra come paziente, le cose vanno ancora peggio. Uno spazio trascurato e impersonale genera **chiusura e sfiducia nel medico curante**, dal quale non ci si sente davvero compresi. Inoltre spesso il paziente si accomoda alla scrivania dando le spalle alla porta, posizione che genera ansia, aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna, senso di impotenza e condanna. Non ha controllo sulla porta (dietro alle spalle) e sul territorio perciò si sente in pericolo.

Anche se le parole del medico rassicurano, il corpo percepisce un ambiente che non "parla di cura" e questo influenza la percezione complessiva della visita e indebolisce la relazione medico-paziente.

In altre parole, **uno spazio di cura che parla di cura deve essere curato a sua volta**: non è solo estetica, è un elemento attivo del processo di relazione e benessere. La coerenza dello spazio con la sua funzione supporta la concentrazione e la tranquillità del medico, riduce ansia e tensione nel paziente e crea condizioni favorevoli a un vero dialogo di cura.

4 Come possiamo vivere in modo più consapevole l'ambiente e uscire dal disagio?

Anzitutto comprendere che l'ambiente ha un impatto importante - esperimenti scientifici svolti alla Cornell University, hanno definito un peso globale pari al 30% sulle scelte e giudizi personali - e smettere di trascurarlo o ignorarne il valore.

Dopodiché possiamo iniziare a chiedere: **"Questo spazio, questa forma o questa disposizione o colore, quale istinto sta attivando, cosa mi sta dicendo?"** In pratica come mi sto comportando in questa stanza? Perché il mio comportamento qui è diverso rispetto ad altri luoghi? In cosa lo è? Molte discipline si sono occupate nei secoli della relazione uomo-ambiente. Tra queste, il **Feng Shui** è la più antica, sperimentata e comprovata, ma anche probabilmente la più fraintesa e mal interpretata. Il Feng Shui autentico ci insegna a leggere i segnali universali dello spazio in modo da trarne il massimo beneficio, per il nostro corpo, la mente e l'attività che si svolgerà in quello spazio. Possiamo affermare che è possibile curarci anche attraverso lo spazio, e gli accorgimenti sono tantissimi e affascinanti nella loro semplicità, ma solo uno sguardo allenato li può cogliere tutti per recuperare la capacità percettiva, integrare la razionalità con l'intuito e lavorare con il proprio corpo per renderlo capace di ricevere e tradurre le esperienze sensoriali.

Non a caso la mente funziona attraverso **pattern spaziali**. Lo spazio ci parla e noi rispondiamo, spesso senza rendercene conto, parlando di

- **"fare un passo avanti"** quando ci sentiamo pronti a crescere,
- **"tirarci indietro"** quando avvertiamo un pericolo,
- **"essere sopraffatti"** quando qualcosa ci pesa troppo,
- **"risollevarci"** quando ritorniamo in equilibrio.

Sono metafore nate dal nostro corpo



in movimento, che utilizziamo anche per interpretare gli ambienti.

È vero: gli stimoli ambientali non scatenano reazioni intense come un pericolo reale. Ma la **ripetizione costante** di segnali anche deboli - disordine, rumore, luci fredde, spazi angusti - può avere un impatto significativo sul sistema nervoso.

Una goccia d'acqua non fa nulla. Ma migliaia di gocce scavano un solco.

5 Bisogna per forza rivoluzionare gli ambienti? Come gestire uno spazio condiviso o non di proprietà come può essere lo studio di un medico di famiglia?

Se concordiamo tutti nel dire che **l'ambiente di uno studio medico** ha un ruolo più importante di quello che solitamente gli si attribuisce e iniziamo a dire che non è solo un luogo fisico in cui si svolgono visite e consulti ma **è parte integrante del processo di cura**, allora capiamo veramente quanto sia importante che questo supporti sia il medico che il paziente.

Non serve stravolgere lo studio o comprare nuovi arredi: si può partire da ciò che già c'è e migliorarlo, a partire **dall'accoglienza**.

La sala d'attesa non è solo un luogo dove aspettare: è il **primo filtro tra paziente e medico**. Per capire che cosa ci dice possiamo anche farci alcune domande chiave e nel risponderci possiamo capire cosa potremmo cambiare.

Cosa comunica la sala d'attesa ai pazienti appena entrano? Li mette a loro agio o li fa sentire a disagio? Sapere quando verranno ricevuti o sentirsi in balia degli eventi cambia completamente la loro percezione. La luce è calda e rassicurante o fredda e artificiale? Le sedute sono comode o dure e rigide, alimentando quella sensazione di stare sulle spine? La pulizia è impeccabile o lascia dubbi? La stanza è adeguatamente arieggiata? I colori delle pareti sono

studiati o "odorano" già di ospedale o malattia (bianco ottico o differenti sfumature del marroncino). Per esempio, il colore verde è inconsciamente collegato alla cura del corpo, al benessere, al nutrimento, purché non sia in una tonalità acida. Quindi un paziente che entra in uno studio accogliente, con sedute comode, una bella luce e il giusto colore si sente immediatamente meglio (accolto, supportato, ascoltato nei suoi bisogni) e questo non può che giovare alla reputazione del medico e alla relazione medico-paziente.

In sintesi, la sala d'attesa è la **faccia dello studio, il biglietto da visita del medico**. Se trascurata, comunica sfiducia al paziente e mina anche l'autostima e l'autorità del medico. Curare questo spazio significa curare già dal primo istante la relazione e il benessere di chi lo vive.

Lo studio medico è il cuore della visita. La disposizione degli arredi è fondamentale per trasmettere **fiducia e autorevolezza**. La scrivania deve essere posizionata in modo che il medico abbia alle spalle un muro solido, privo di finestre o porte che costringano inconsciamente a essere costantemente in allerta; dalla posizione seduta il dottore deve poter vedere chi entra e chi esce e deve potersi muovere agevolmente da entrambi i lati della scrivania. Alle spalle del medico è preferibile posizionare l'arredo più imponente come, scaffali o librerie ben organizzati con libri, riviste o documenti che comunicano conoscenza, risorse disponibili e autorevolezza, trasmettendo al paziente un senso di fiducia. Gli altri arredi fungono da assistenti e saperli posizionare nel modo corretto aiuta a muoversi in modo naturale nello spazio.

Lo studio deve essere **pulito, curato e protettivo**, un luogo in cui il paziente si senta ascoltato. Le sedie vanno posizionate di fronte alla scrivania, ma mai con le spalle alla porta, per non creare soggezione: deve es-

serci intimità sufficiente per raccontarsi liberamente, lontano da sguardi e orecchie indiscrete della sala d'attesa. Anche il tono della voce ha una sua importanza, se non si è sicuri che ci sia abbastanza privacy cercare di mantenere un tono più pacato e attenzione ad eventuali rimbombi.

Il lettino deve trovarsi nello spazio più raccolto dello studio, con la possibilità di girarci attorno agevolmente. Un separé può schermare la vista dall'ingresso, proteggendo il paziente da eventuali ingressi improvvisi e favorendo un senso di sicurezza e riservatezza. Organizzare tutto nei dettagli, un attaccapanni per riporre i vestiti, un cestino per buttare materiali, la carta per far stendere il paziente sul lettino sempre su una superficie pulita e arieggiare il locale anche solo pochi istanti tra un paziente e l'altro sono tutti piccoli ma importanti segnali di cura e rispetto. Si possono anche utilizzare stampe e simboli che rappresentano la professione del dottore, **come attestati di laurea o specializzazioni**. In definitiva, **una visita efficace e rassicurante inizia sempre dalla sala d'attesa, ma il cuore della relazione si costruisce nello studio**: ogni dettaglio dell'ambiente parla al paziente prima ancora che lo facciano le parole del medico.

Uno studio medico che parla di cura è già parte della cura stessa: ogni elemento, ogni dettaglio, contribuisce a creare uno spazio dove il corpo e la mente possono rilassarsi, comunicare e guarire. Tra gli aspetti importanti da considerare non dimentichiamo un senso importantissimo: l'olfatto. Oli essenziali possono aiutare a togliere l'odore del disinfettante o di una sala d'attesa affollata. Curare l'ambiente significa quindi **potenziare la relazione medico-paziente**, garantire che entrambi possano dare il meglio di sé, e trasformare lo spazio in un vero alleato della salute.

2025: un anno di cambiamenti rivoluzionari per la Nefrologia italiana

La malattia renale cronica si sta posizionando come una patologia a fortissimo impatto, epidemiologico, clinico, economico. Per farvi fronte occorre un cambio di marcia, a partire dalla diagnosi precoce, fino alla terapia e alla gestione degli stadi più avanzati.

Di questo, molto è stato fatto e molto c'è ancora da fare

Luca De Nicola

Presidente Società italiana di nefrologia (Sin) - Professore ordinario di Nefrologia, Università L. Vanvitelli, Napoli

Un recente studio che ha analizzato i dati delle ultime due decadi estratti dai 183 stati membri dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) ha dimostrato che il divario tra vita in salute (*health-adjusted life*) e aspettativa di vita (*life expectancy*) è aumentato a livello globale, ossia, nel mondo aumenta l'età media ma si vive con un peso maggiore di disabilità. Questo fenomeno è in gran parte determinato dall'incremento delle malattie cronicodegenerative (Mcd), ed in particolare la Malattia renale cronica (Mrc), con conseguente necessità di maggiore prevenzione e domiciliarità di cure¹. La stessa analisi dimostra che l'Italia è seconda solo agli Usa per entità del divario e peso delle Mcd. In Italia, infatti, queste colpiscono 24 milioni di persone e sono responsabili dell'85% dei decessi complessivi, con una spesa sanitaria associata alla loro gestione che supera i 65 miliardi di euro all'anno (e si stima che nel 2028 ne spenderemo quasi 80).

La Mrc è oggi considerata "dominante" tra le Mcd: il 23 maggio 2025, l'Oms ha identificato la Mrc quale priorità per la salute globale, inserendola al primo posto nella lista delle Mcd riconosciute (diabete, neoplasie, malattie cardiovascolari e broncopneumopatie croniche)². La

Mrc supera infatti le altre quattro Mcd in termini di diffusione, ma anche e soprattutto per mortalità e costi. In particolare, mortalità e spesa sanitaria sono di gran lunga superiori in emodialisi rispetto alle fasi iniziali della Mrc e, tra le terapie sostitutive, rispetto alla dialisi peritoneale ed il trapianto renale (*figura 1*)³.

L'attuale situazione

Eppure (1) solo il 10-20% dei pazienti con Mrc è seguito dal nefrologo, in quanto è una malattia che decorre silente fino ai gradi avanzati, con conseguente scarsa consapevolezza di malattia da parte degli stessi pazienti e dei medici non-nefrologi⁴. **Eppure (2) l'emodialisi continua ad essere il trattamento prevalente**, con numeri 10 volte superiori rispetto alla dialisi peritoneale e 3 volte superiori al trapianto renale⁵. **Eppure (3) la remissione della Mrc è oggi possibile**; rispetto al passato, oggi la terapia "conservativa" è cambiata radicalmente, riuscendo ad evitare la dialisi per oltre 20 anni in gran parte dei pazienti identificati e trattati precocemente⁶.

Dal presente al futuro

È quindi semplice, e logicamente consequenziale, prevedere il futuro della

Nefrologia: il "*new patient journey*" contempla (A) l'identificazione precoce delle malattie renali per implementare la terapia conservativa multifattoriale e (B) la domiciliarità dei trattamenti sostitutivi. **Nel 2025, la Società italiana di nefrologia (Sin), unica società scientifica a rappresentare i circa 3.500 nefrologi italiani, ha operato in tal senso: abbiamo modificato la visione tradizionale della Società agendo con determinazione sui vari "stakeholders" che giocano un ruolo cruciale per l'attività assistenziale nefrologica:**

- **Disegno di Legge "Mulè-Patriarca" sullo screening della Mrc negli ambulatori di Medicina generale (Mg):** la Sin ha supportato e continua a supportare attivamente, con incontri periodici con i parlamentari, la proposta di legge che dal 18 marzo 2025 è in discussione a Montecitorio sullo screening della Mrc. Lo screening sarà effettuato presso gli ambulatori dei Medici di medicina generale (Mmg) che seguono gran parte dei pazienti a rischio su citati e possono concordare in modo efficace con i nefrologi la gestione dei pazienti con malattia di grado lieve-moderata e il riferimento precoce al nefrologo dei pazienti con patologia più severa. Il Ddl è in linea con il documento di indirizzo (Percorso preventivo diagnostico terapeutico as-



sistenziale-Ppdta- della Mrc) elaborato da Sin e Ministero della salute ed inviato a tutte le Regioni italiane il 17 aprile 2025 dalla Conferenza Stato-Regioni⁷. Le tre fasi fondamentali dello screening negli ambulatori Mmg (approccio delle "3C"), come da Ppdta e Ddl, sono descritte in *figura 2*. Abbiamo anche pubblicato un editoriale sul giornale clinico della Società europea di nefrologia per indicare la "strada italiana" sullo screening Mrc ai politici europei⁴.

• **Progetto "Premio" di Sin-Simg per la formazione sulla Mrc negli ambulatori di Mg in Italia:** a supporto del Disegno di legge, abbiamo redatto assieme alla Società italiana di medicina generale (Simg) una progettualità educativa che vedrà coinvolti 20.000-25.000 Mmg dal 2026 al 2028 su tutto il territorio nazionale. Tale progettualità vuole favorire la creazione di una rete nazionale tra Mmg e nefrologi.

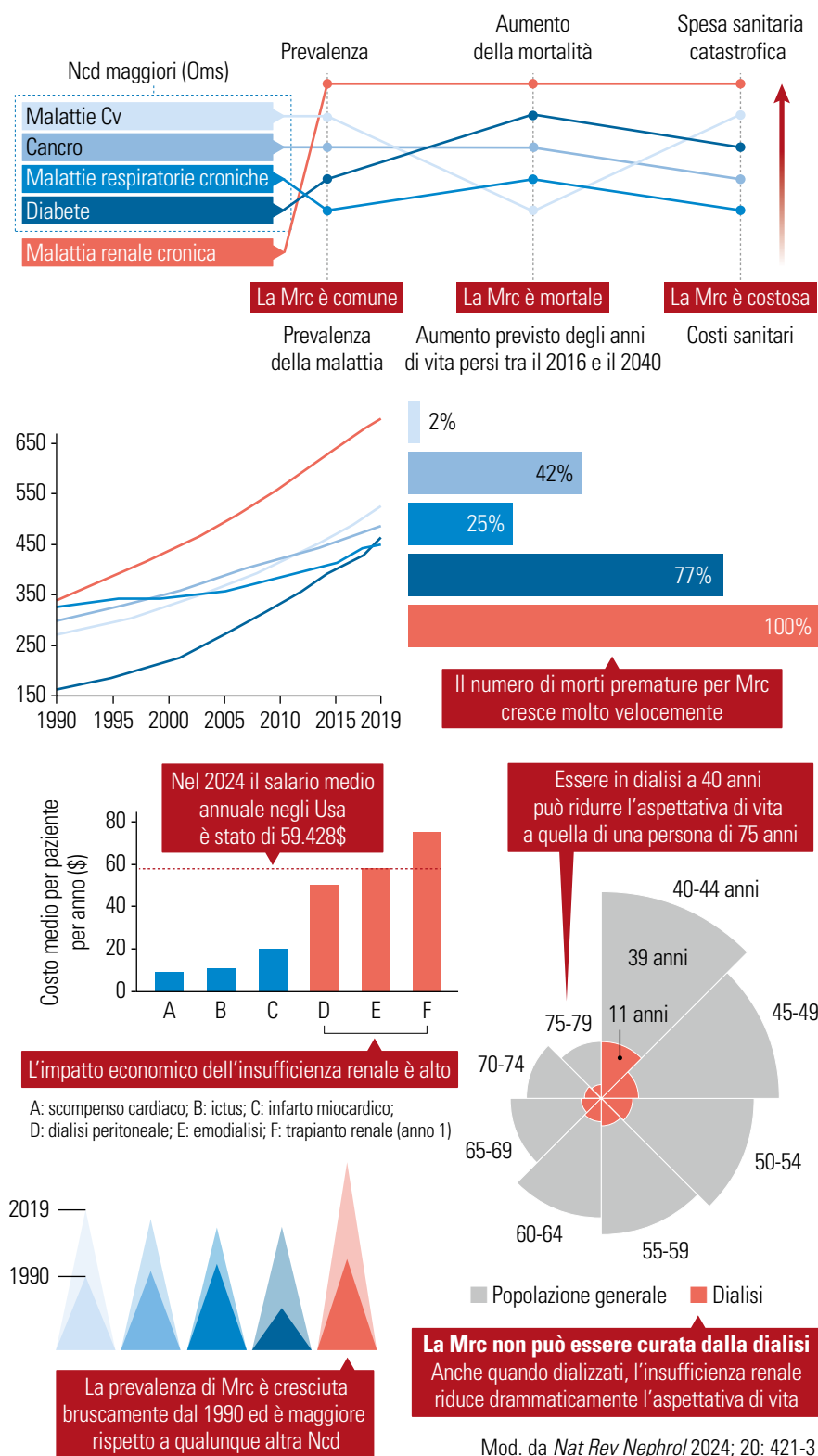
• **Facilitazione dell'accesso alle cure:** nel 2025 abbiamo raggiunto diversi obiettivi fondamentali per noi nefrologi e per i nostri pazienti, quali (I) estensione ai nefrologi della prescrizione rimborsata degli inibitori di Pcsk9 (evolcumab, alirocumab e inclisiran), (II) estensione della rimborsabilità di roxadustat ai pazienti iporesponsivi agli Esa tradizionali (switch immediato), e "last but not least" (III) abolizione del Piano terapeutico Sglt2-I nella Mrc

• **Linee Guida Sin sui nuovi farmaci nefroprotettivi per la Mrc:** un gruppo multidisciplinare ha redatto *ex novo* le nuove Linee guida su Sglt2-I, Glp1-Ra e nsMra in Mrc, ora in fase di revisione dall'Istituto superiore di sanità. La prossima pubblicazione consentirà una maggiore "confidenza" su queste terapie di grande efficacia nefroprotettiva oggi ancora poco prescritte considerando l'ampia popolazione "target"

• **Tempario vite ambulatoriali nefrologiche:** abbiamo iniziato e stiamo ora terminando il documento Sin che definirà (e giustificherà), i tempi minimi per le visite negli ambulatori di Nefro-

FIGURA 1

Malattia renale: una priorità sanitaria globale



gia in Italia. Sarà portato all'attenzione dell'Ufficio programmazione del Ministero della salute ma rappresenterà anche un utile strumento di supporto nelle concertazioni periferiche tra specialisti nefrologi e Direttori generali delle Aziende sanitarie.

• **Livello minimo e incrementale dell'uso di dialisi peritoneale quale nuovo standard assistenziale delle nefrologie ospedaliere:** abbiamo supportato e contribuito attivamente alla stesura del nuovo documento di *Health technology assessment* di Altems-Università Cattolica di Roma, pubblicato a ottobre 2025⁸, che dimostra come la dialisi perito-

neale (dialisi che esegue il paziente in autonomia al proprio domicilio) abbia un rapporto costo-beneficio più favorevole rispetto alla emodialisi (dialisi effettuata in centri ospedalieri o ambulatori privati accreditati). Stiamo quindi lavorando con Ministero della salute ed Agenas per far riconoscere il giusto peso di questa prima e principale metodica dialitica domiciliare. L'obiettivo è di raddoppiare i pazienti trattati entro i prossimi 5 anni per portare l'Italia alla media europea del 20% in peritoneale sul totale dei pazienti dializzati. Questo passo è rivoluzionario per Italia se si considerano i molteplici vantaggi della dialisi

peritoneale rispetto alla tradizionale emodialisi (tabella 1)⁹.

• **Documento di indirizzo per lo sviluppo e l'implementazione del trapianto di rene:** un team di nefrologi con riconosciuta esperienza nel campo del trapianto renale ha redatto quest'anno il primo documento "nefrologico" mirato a (I) ridurre le liste di attesa mediante una semplificazione degli esami strumentali e di laboratorio richiesti e (II) creare ambulatori pre-trapianto dedicati alla immissione in lista trapianto. Fine ultimo è di favorire l'incremento del numero dei trapianti, soprattutto da vivente, che da troppi anni è ormai purtroppo stabile su circa 300/anno (12-15% dell'intera attività trapiantologica renale).

Il 2025 è stato un anno ricco di cambiamenti che dovranno essere consolidati nel 2026 affinché la Nefrologia italiana possa diventare un esempio positivo di Sanità pubblica e ridare entusiasmo a chi lavora ogni giorno nei reparti di Nefrologia, Dialisi e Trapianto e soprattutto fiducia ai nostri cinque milioni di pazienti.

FIGURA 2

Le tre fasi fondamentali dello screening negli ambulatori Mmg

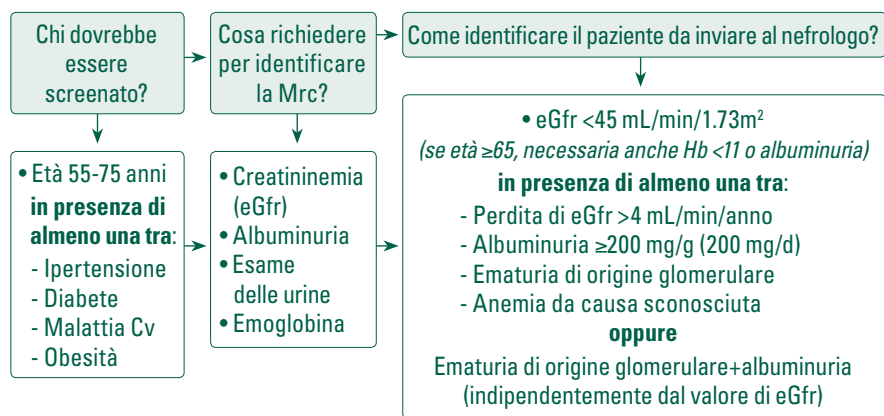


TABELLA 1

Perché la dialisi peritoneale è di prima scelta versus la dialisi extracorporea

1	Sopravvivenza migliore nei primi mesi di dialisi (e simile negli anni successivi)
2	Mantenimento per maggior tempo di diuresi e funzione renale residua
3	Terapia elettiva nelle strutture residenziali (Rsa) per la semplicità di organizzazione
4	Minore rischio infettivo (come osservato nel periodo "Covid")
5	Rischio ischemico ridotto (minore stress emodinamico)
6	Monitoraggio da remoto già ampiamente disponibile e testato (telemedicina)
7	Maggiori opportunità di personalizzare gli schemi terapeutici (terapia sartoriale)
8	Ideale per il trapianto (tempi in lista di attesa minori e maggiore sopravvivenza)
9	Minor impatto ecologico (minor consumo di acqua ed energia, minor inquinamento)
10	Maggiore sostenibilità (costi totali, diretti e indiretti, più bassi)

BIBLIOGRAFIA

1. Garmany A, Terzic A. Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 World Health Organization Member States. *JAMA Netw Open* 2024; 7(12):e2450241.
2. <https://www.theisn.org/blog/2025/05/23/historic-win-for-kidney-health-as-who-adopts-global-resolution/>
3. Kidney disease: a global health priority. *Nat Rev Nephrol* 2024 Jul;20(7):421-423.
4. De Nicola L, et al. Reducing CKD burden in Europe: first make the elephant apparent! *Clin Kidney J* 2025; 18(7):sfaf182.
5. GBD 2023 Kidney Failure with Replacement Therapy Collaborators. Global, regional, and national prevalence of kidney failure with replacement therapy and associated aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Glob Health* 2025; 13(8):e1378-e1395.
6. Chen TK, et al. Advances in the management of chronic kidney disease. *BMJ* 2023; 383:e074216.
7. <https://www.statoregioni.it/media/aq2m5k0r/p-11-csr-atto-rep-n-61-17apr2025.pdf>
8. Arbia G, et al. Valutazione HTA di percorsi clinico assistenziali: dialisi peritoneale vs emodialisi. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2025; Volume 5 - DOI: 10.69097/42-05-2025-04
9. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med* 2021; 385: 1786-95.



Acufene, un suono fantasma che compromette la qualità di vita

È un sintomo molto invalidante, la cui eziologia può derivare da patologie dell'orecchio medio, dell'orecchio interno, o delle vie uditive centrali.

L'approccio terapeutico comprende la riabilitazione uditiva e la correzione dell'ipoacusia, per passare al mascheramento centrale e alle terapie avanzate dopo la riabilitazione uditiva

L'acufene è la percezione sonora erronea e non reale da parte del paziente, consistente nella sensazione di un suono fantasma in assenza di un equivalente stimolo meccanico che incide sull'orecchio medio. Ne abbiamo parlato con il professor **Stefano Di Girolamo**, Direttore della Clinica Orl, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

“È fondamentale considerare l'acufene come un sintomo, e non una malattia. La problematica centrale nel suo trattamento è l'identificazione dell'eziologia, che può essere correlata a patologie che interessano l'orecchio medio, l'orecchio interno, o le vie uditive centrali e i processi di elaborazione del segnale. L'affermazione che l'acufene sia incurabile è spesso imprecisa, in quanto è tale solo nei casi in cui le condizioni eziologiche non sono suscettibili di intervento” ha esordito il professore.

Prima di procedere, è essenziale effettuare una valutazione diagnostica approfondita per identificare o escludere altre potenziali cause. Tale valutazione può prevedere l'esecuzione di una risonanza magnetica cerebrale e una batteria di test biologici vestibolari strumentali per evidenziare l'origine del fischio e la sua eventuale correlazione con patologie preesistenti. È altresì ne-

cessario discernere quanto il sintomo acufene determini autonomamente il deterioramento della qualità della vita e quanto invece l'attenzione su di esso sia amplificata da disturbi del tono dell'umore.

La tecnologia ha rappresentato un progresso significativo nell'approccio al sintomo acufene.

Riabilitazione uditiva e correzione dell'ipoacusia: “il meccanismo correttivo iniziale - spiega il professore - si applica nelle forme cocleari in cui sussiste ipoacusia, dove la strategia primaria consiste nel correggerla tramite intervento chirurgico, terapia medica, o l'apposizione di apparecchi acustici. Questi dispositivi hanno la funzione di mascherare il rumore fantasma, occultandolo. Si osserva frequentemente che i pazienti percepiscono l'acufene in modo più fastidioso in ambienti silenziosi, poiché il rumore ambientale durante le attività quotidiane esercita un effetto mascherante. Il trattamento dell'ipoacusia, sebbene cruciale, risulta talvolta sottotrattato”.

Mascheramento centrale: “dopo la riabilitazione uditiva, si possono implementare sistemi volti a mascherare la percezione a livello centrale. Questi includono l'utilizzo di suoni mascheranti - un suono pari e contrario al tipo di acufene - o terapie orientate a disinfiammare tut-

te le vie uditive a livello centrale”.

Terapie innovative: “La ricerca recente ha promosso l'utilizzo di nuove strategie terapeutiche legate alla stimolazione delle vie centrali. Queste si basano su una stimolazione sincrona che associa uno stimolo uditivo a un'energia mirata a bloccare il circolo vizioso che il paziente lamenta continuamente. Un dispositivo basato sulla stimolazione sincrona sta dimostrando risultati positivi, combinando l'intervento a livello uditivo e antinfiammatorio per agevolare un processo di riabilitazione” conclude il professore.

La maggiore sfida clinica e di ricerca è rappresentata dall'acufene idiopatico, in cui non si ha evidenza di una malattia specifica delle vie uditive. È su questa condizione che la ricerca si sta concentrando maggiormente. Considerando che l'acufene è un sintomo, la sua valutazione non è oggettivabile. Una parte rilevante della risposta terapeutica è interdipendente dallo stato dell'umore del paziente e dalle aspettative.

E.T.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Stefano Di Girolamo

Colchicina: un nuovo utilizzo clinico

La nuova indicazione riguarda la prevenzione cardiovascolare secondaria, arricchendo così le possibilità terapeutiche per i molti pazienti che, nonostante le terapie, sono ancora a rischio

// *Prevenzione secondaria degli eventi ischemici cardiovascolari negli adulti affetti da malattia coronarica cronica, in aggiunta alle terapie standard*". È con questa dicitura, così come riportata in Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.234 del 08-10-2025), che colchicina è recentemente entrata nel ventaglio terapeutico della coronaropatia cronica. L'Italia è il primo paese europeo in cui viene ratificata questa nuova indicazione, che si aggiunge a quelle già note:

- Attacco acuto di artrite gottosa
- Trattamento profilattico dell'artrite gottosa ricorrente
- Prevenzione degli attacchi acuti di Febbre mediterranea familiare (Fmf) e dell'amiloidosi secondaria a Fmf
- Trattamento della pericardite acuta e della pericardite ricorrente

Abbiamo chiesto per *M.D.* un commento a **Claudio Cimminiello**, della Fondazione Arianna Anticoagulazione e tra gli autori di una recente metanalisi sulla prevenzione secondaria a lungo termine con colchicina nei pazienti con coronaropatia (*Eur J Intern Med* 2025; 140: 106317): "Per la verità si parla di questa indicazione da qualche anno, ma è negli anni 2019-2020, che sono stati pubblicati i due grandi studi che hanno messo concretamente le basi per un suo utilizzo in questo ambito: il Colcot (*N Eng J Med* 2019; 381: 2497-505) e il LoDoCo2 (*N Eng J Med* 2020; 383: 1838-47)".

Gli studi

Lo studio Colcot, randomizzato, in doppio cieco, che aveva coinvolto pazienti reclutati entro 30 giorni dopo un infarto miocardico (Im), ha dimostrato che l'aggiunta di colchicina a basse dosi (0.5 mg/die) alla terapia standard entro 30 giorni dall'evento è associata a una significativa riduzione del 23% dell'endpoint composito di eventi Cv rispetto a placebo.

Il trial LoDoCo2, randomizzato, controllato con placebo, in doppio cieco, in pazienti con malattia coronarica stabile, ha mostrato che colchicina 0.5 mg/die in aggiunta alle terapie standard, era associata a un rischio relativo inferiore del 31% degli eventi dell'endpoint composito primario (morte cardiovascolare, Im, ictus ischemico o rivascolarizzazione coronarica ischemia-correlata) rispetto al placebo ($p < 0.001$) (follow-up medio >28 mesi).

"Entrambi gli studi hanno dato dei risultati francamente positivi - spiega Cimminiello - e hanno usato il farmaco in aggiunta alle terapie oggi più in uso. Qui giova notare che nonostante colchicina sia nota principalmente per la sua attività antinfiammatoria, i partecipanti non sono stati selezionati in base alla presenza di infiammazione".

I risultati sono stati recepiti anche dalle linee guida internazionali. In particolare quelle europee (Esc) del 2024 per la gestione delle sin-

dromi coronariche croniche hanno classificato colchicina a basse dosi (0.5 mg) con una Classe di Raccomandazione IIa e un Livello di Evidenza A tra le nuove raccomandazioni in pazienti con Cad aterosclerotica "per ridurre infarto miocardico, ictus e necessità di rivascolarizzazione" (*Eur Heart J* 2024 29; 45: 3415-537).

Nella pratica clinica

"Questa raccomandazione - spiega Cimminiello - interessa in particolare quei pazienti che abbiano recidiva di eventi nonostante la terapia migliore, ma ancora di più, a mio parere, i soggetti che abbiano un controllo inadeguato dei fattori di rischio. A questi si aggiungono coloro che hanno avuto un evento senza avere fattori di rischio maggiori noti, e quindi controllabili, e i soggetti ad altissimo rischio, perché per esempio hanno avuto il loro evento indice in condizioni sfavorevoli (come il paziente multivasa- sale o che non ha avuto una rivascolarizzazione completa nell'ambito del trattamento della sua forma acuta) o che hanno altre malattie concomitanti come una aterosclerosi carotidea o degli arti inferiori. A questi pazienti occorre implementare tutte le cure possibili per ridurre il rischio. Quindi ben venga, nell'armamentario terapeutico, un farmaco che si aggiunge agli altri che abbiamo già a disposizione".



Prevenzione delle recidive della calcolosi renale: stato dell'arte

Condizione relativamente frequente, la nefrolitiasi rappresenta ancora oggi una sfida importante, soprattutto per quel che riguarda le ricadute. Dallo stile di vita alla farmacologia le opzioni disponibili e accreditate sono ora diverse e soprattutto da personalizzare

A cura di **Livia Tonti**

// La calcolosi renale è una condizione estremamente frequente nella popolazione generale: si stima infatti che dall'8 al 10 per cento delle persone ne soffrano almeno una volta nella vita. È, com'è noto, particolarmente dolorosa e spiacevole per chi ne soffre ed inoltre una percentuale del 10 per cento circa dei pazienti tende ad avere frequenti recidive, trovandosi nella condizione di poter potenzialmente, nel tempo, anche di perdere funzione renale". Esordisce così **Pietro Manuel Ferraro**, Professore ordinario e Direttore Uo di Nefrologia dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, a cui, nell'ambito del 66° Congresso nazionale della Società italiana di nefrologia (Sin), abbiamo chiesto di illustrare per M.D. lo stato attuale delle conoscenze e delle possibilità terapeutiche per la prevenzione e la gestione della calcolosi renale.

Ruolo dell'alimentazione

Continua Ferraro: "La calcolosi renale è una condizione che va assolutamente affrontata non soltanto dal punto di vista meramente chirurgico ma anche dal punto di vista medico per prevenire le recidive".

Per questo può essere importante rimandare allo specialista. È fondamentale individuare i motivi per i quali il paziente tende a formare calcoli, inquadrare il suo profilo metabolico, ovvero il tipo di calcoli che vengono formati, e il profilo urinario, in modo da individuare l'approccio dietetico, di stile di vita e farmacologico più adatto e personalizzato. "In generale - specifica Ferraro - nella calcolosi più frequente, che è quella da ossalato di calcio, gli approcci nutrizionali e lo stile di vita prevedono innanzitutto una importante idratazione: l'obiettivo è quello di fare in modo che il paziente urini almeno 2 - 2 L e mezzo al giorno, in modo da diluire le urine. È inoltre opportuno che nella dieta sia previsto un apporto modesto o il più basso possibile di proteine animali e di sale, e che l'alimentazione sia ricca di frutta e verdure, in quanto fonti di fibre e di alcali che aiutano a ridurre la formazione di cristalli e calcoli. Non da ultimo, evitare bevande gassate e zuccherate, che a loro volta possono peggiorare il profilo del paziente".

Quando la dieta non basta

Qualora le misure nutrizionali e gli stili di vita non siano sufficienti,

esiste una serie di approcci farmacologici efficaci, in primo luogo il ricorso alla supplementazione con sali di citrato. "Il citrato - spiega Ferraro - è un importante inibitore dell'aggregazione di cristalli, alcalinizza le urine ed è quindi utile nelle forme miste o con componente di acido urico. Si tratta quindi del primo approccio farmacologico a cui ricorriamo. A questo si aggiunge una classe di farmaci, i tiazidici, che noi nefrologi, noi medici in generale, conosciamo bene come per l'attività diuretica, e che hanno anche un'azione di protezione dalle recidive di calcolosi, in quanto in grado di ridurre l'escrezione urinaria di calcio. In futuro forse - conclude Ferraro - ci sarà anche spazio per nuove molecole come le gliflozine, che vengono attualmente studiate proprio perché apparentemente riducono il rischio di formazione di calcoli renali agendo sulla composizione chimica delle urine".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Pietro Manuel Ferraro



Prevenzione cardiovascolare: alle nuove strateg

E ampiamente riconosciuto che l'ipercolesterolemia, in particolare l'elevato livello di C-LDL, sia il fattore causale primario delle malattie cardiovascolari. Il C-LDL non è semplicemente un marcatore di rischio cardiovascolare (CV), ma un fattore eziologico diretto della malattia aterosclerotica cardiovascolare (ASCVD).

La sua riduzione è quindi l'obiettivo terapeutico principale nella prevenzione degli eventi CV, inclusi infarto miocardico (IM) e ictus. Evidenze cliniche supportano l'efficacia di questa riduzione, dove una riduzione precoce del C-LDL porta a una diminuzione del rischio CV a lungo termine. L'assunto fondamentale della gestione delle dislipidemie è "The lower the better".

La stratificazione del rischio secondo le linee guida ESC/EAS 2025¹

L'aggiornamento 2025 delle linee guida promulgate dalla Società Europea di Cardiologia (ESC) e della Società Europea di Aterosclerosi (EAS) per la gestione delle dislipidemie sottolineano l'importanza di una stratificazione accurata del rischio per guidare l'intensità dell'intervento.

Categoria di Rischio	Obiettivo di C-LDL
Rischio Molto Alto	<55 mg/dL
Rischio Alto	70 mg/dL
Rischio Moderato	<100 mg/dL
Rischio Basso	<116 mg/dL

Le linee guida sottolineano che il rischio è un *continuum*, e l'identificazione precoce è cruciale.

Ruolo degli interventi mirati e dei fattori modificatori del rischi

È essenziale considerare fattori che possono affinare la valutazione del rischio, in particolare per gli individui che si trovano intorno alle soglie decisionali per il trattamento.

• **Fattori modificatori di rischio:** il nuovo documento raccomanda di considerare la presenza di aterosclerosi coronarica subclinica (documentata tramite imaging o punteggio di calcio coronarico - CAC - aumentato) per migliorare la classificazione del rischio negli individui a

rischio moderato o vicini alle soglie di trattamento.

• **Ipertrigliceridemia e LP(a):** livelli elevati di Lipoproteina(a) [LP(a)] (>50 mg/dL) devono essere considerati un fattore che aumenta il rischio CV. Sebbene non siano ancora disponibili terapie specifiche per abbassare la LP(a), una gestione aggressiva degli altri fattori di rischio (incluso il C-LDL) è giustificata in presenza di LP(a) elevata. L'ipertrigliceridemia è associata al rischio CV indipendentemente dal C-LDL.

Interventi mirati per la riduzione del rischio elevato

Nelle categorie di rischio alto e molto alto (prevenzione primaria e secondaria), l'intensificazione della terapia ipolipemizzante è fondamentale.

I pazienti che hanno subito una sindrome coronarica acuta (SCA) presentano un rischio particolarmente elevato di eventi ricorrenti. Le linee guida supportano la strategia **"The sooner, the lower, the better"**. È raccomandata l'intensificazione immediata della terapia ipolipemizzante durante l'ospedalizzazione.

La gestione della "zona grigia": ipercolesterolemia lieve-moderata e nutraceutici

Nonostante l'efficacia delle statine, la scarsa aderenza a lungo termine è un problema comune, spesso dovuto agli effetti avversi (sintomi muscolari come crampi o mialgia). Inoltre, molti pazienti con livelli di colesterolemia borderline (C-LDL >115 mg/dL < 190 mg/dL) rifiutano il trattamento farmacologico convenzionale.

In questo scenario, che le linee guida definiscono come l'area di **rischio CV basso-moderato**, il trattamento con **integratori alimentari** (nutraceutici), in associazione a un corretto stile di vita, è raccomandato laddove il prodotto abbia comprovata efficacia clinica e sicurezza d'uso. L'obiettivo è ritardare o prevenire la necessità di una terapia farmacologica.

Efficacia della combinazione nutraceutica (Cardioritmon® Colesterolo con il Ritmon Colesystem®):

Due studi recenti condotti in ambito di Cure Primarie e Cardiologia ambulatoriale^{2,3} hanno valutato l'efficacia a breve/medio termine di una specifica formulazione nutraceutica contenente una si-

dalle Linee Guida ESC/EAS ie nutraceutiche

nergia di estratti secchi di 5 componenti naturali:

- 1 Berberina** (da *Berberis aristata*): nota per il trattamento dell'ipercolesterolemia, agisce sulla ricaptazione epatica del C-LDL e migliora l'espressione dei recettori C-LDL.
- 2 Idrossitirosolo** (da *Olea Europea*): aiuta a ridurre le LDL ossidate.
- 3 Fieno greco** (*Trigonella foenum-graecum L.*): migliora le dislipidemie agendo sull'escrezione del colesterolo biliare.
- 4 Foglia di carciofo** (*Cynara scolymus L.*): inibisce l'enzima HMG-CoA-reduttasi, riducendo la sintesi epatica del colesterolo.
- 5 Fitosteroli** (da semi di girasole): diminuiscono l'assorbimento intestinale del colesterolo assunto con l'alimentazione.

Risultati clinici dettagliati

Un'analisi retrospettiva, svolta negli ambulatori di Medici di Medicina Generale tra Bari e Verona, ha individuato 206 pazienti con livelli di C-LDL borderline tra 115-190 mg/dL, ai quali è stato indicato di assumere 1 cps/die di Cardioritmon® Colesterolo in aggiunta a uno stile di vita sano. Dopo 90 giorni di trattamento continuativo con il nutraceutico, in un gruppo finale di 164 pazienti è stata osservata una riduzione statisticamente significativa dei livelli di C-LDL e di colesterolo totale (CT). I valori medi di C-LDL sono passati da 144.75 ± 27.61 mg/dL a 133.52 ± 22.55 mg/dL ($p < 0.0001$), e il CT è sceso da 229.20 ± 21.26 mg/dL a 207.40 ± 33.33 mg/dL ($p < 0.0001$). È stata anche rilevata una riduzione significativa ($p = 0.026$) del rapporto LDL/HDL. Non sono stati segnalati effetti collaterali e non si sono verificati cambiamenti significativi nei valori di transaminasi o CPK².

Un altro studio clinico controllato a singolo braccio su 44 soggetti che hanno assunto 1 cps/die di Cardioritmon® Colesterolo, con livelli basali di C-LDL compresi tra 115-190 mg/dL ha confermato la riduzione significativa di C-LDL a 1, 3 e 6 mesi. La riduzione relativa di C-LDL è stata di -7 mg/dL a 6 mesi, e la riduzione del CT è stata di -12 mg/dL a 6 mesi. Il profilo di sicurezza è stato eccellente, senza eventi avversi registrati nell'arco dei 6 mesi.

Lo studio PaLiMeRiCa, condotto su 36 soggetti, con rischio CV <5% e livelli di C-LDL 115-190 mg/dL,

trigliceridi 150mg/dL) ha mostrato che la somministrazione di 1 capsula/die per 3 mesi ha ridotto C-LDL del -14%, CT del -11.3% e trigliceridi del -11.2%. Inoltre, è stata osservata una riduzione significativa della proteina C reattiva (PCR) (-0.04 mg/dL, pari -12.5% a 3 mesi) e delle LDL ossidate (-9 UI/L, pari a -25.4% a 3 mesi). La riduzione dei parametri (C-LDL -25%, CT -19%) era ancora più marcata con 2 capsule/die. La riduzione di PCR e LDL ossidate è fondamentale poiché indica un miglioramento nello stress ossidativo e nell'infiammazione, meccanismi chiave nell'aterosclerosi.

Questi risultati suggeriscono che, per i pazienti a rischio basso-moderato non idonei o intolleranti alle statine, questi nutraceutici rappresentano un'opzione efficace per raggiungere l'obiettivo di C-LDL <115 mg/dL.

Conclusioni e raccomandazioni future

L'adozione di un approccio terapeutico personalizzato e basato sul rischio, come delineato dalle linee guida ESC/EAS 2025, è essenziale per mitigare lo spettro della malattia aterosclerotica CV. L'enfasi sulla riduzione del C-LDL in correlazione del rischio CV dei pazienti, l'uso mirato di nutraceutici o farmaci e la considerazione di fattori di rischio meno tradizionali come LP(a) e condizioni coesistenti (HIV, rischio cardi-oncologico), definiscono le strategie moderne.

Soprattutto, gli interventi devono essere calibrati in prevenzione primaria per la vasta popolazione a rischio basso-moderato. Le linee guida ESC/EAS riconoscono la modificazione dello stile di vita come l'intervento iniziale di strategia preventiva per tutti. Inoltre, gli studi clinici sui nutraceutici come Cardioritmon® Colesterolo (contenente la formula brevettata scientificamente Ritmon Colesystem®), dimostrano che questi integratori sono efficaci nel ridurre i livelli di C-LDL e colesterolo totale in modo significativo e sicuro nella popolazione con ipercolesterolemia lieve-moderata e rischio CV basso-moderato.

Bibliografia

1. Eur Heart J 2025. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>
2. Contursi V, et al. IJPC 2024; vol. 11, n. 2.
3. Vitulano N, et al. Biomedicines 2025. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13081948>

Obesità: dal riconoscimento come malattia cronica alla gestione territoriale

L'obesità ha finalmente raggiunto il meritato riconoscimento di reale condizione di malattia cronica. Il percorso per giungere a questa definizione è stato lungo, caratterizzato da sforzi, ricerca, tentativi e dibattiti che si sono di recente concretizzati nella prima legge sull'obesità, la Legge Pella

Elisabetta Torretta

È cruciale sottolineare che l'obesità è definita una **malattia cronica** e, in quanto tale, richiede un **trattamento cronico**. Va inoltre sottolineato come l'obesità sia un problema sempre più presente e diffuso nella nostra società, a partire dalle fasce di età pediatriche.

ALLARME UNICEF SULL'OBESITÀ PEDIATRICA

Secondo un nuovo rapporto diffuso dall'Unicef, nel 2025 l'obesità ha superato il sottopeso come forma più diffusa di malnutrizione, interessando 1 bambino in età scolare e adolescenziale su 10 - ovvero 188 milioni - esponendoli al rischio di malattie potenzialmente letali. Il nuovo rapporto Feeding Profit: How Food Environments are Failing Children si basa su dati provenienti da oltre 190 paesi e rileva che i tassi di obesità sono aumentati dal 3% al 9,4%.

“Inoltre - ha precisato **Silvio Buscemi**, presidente Società Italiana dell'Obesità (Sio) - questa condizione patologica non emerge isolatamente, ma è la malattia fonda-

mentale da cui spesso derivano molteplici altre condizioni, definite sovente come malattie non comunicabili. Se si interviene curando l'obesità, si assiste a un conseguente crollo di patologie associate, come le malattie cardiovascolari, il diabete e altre condizioni cliniche. Questo non solo migliora la qualità di vita delle persone ma rappresenta anche un vantaggio per la sostenibilità economica del Ssn, considerando gli ingenti e ben noti costi associati alle malattie cardiovascolari e al diabete. Contrastare l'obesità, quindi, è un vantaggio sia per la salute individuale che per la collettività”.

Il trattamento farmacologico: un'opportunità giovane e sinergica

“Il trattamento farmacologico dell'obesità - ha commentato **Buscemi**, - rappresenta una grande opportunità, pur essendo una terapia ancora relativamente 'giovane', presente in Italia da un anno. È fondamentale tuttavia che si comprenda che il farmaco non è la panacea ma rappresenta una soluzione per quelle persone che non riescono ad affrontare il problema diversamente e che hanno una scadente qualità di vita che può sicuramente migliorare con l'utilizzo del farmaco. Inoltre, la Sio

INFOBOX

Italia, l'unico Paese al mondo che ha una legge sull'obesità

La Legge Pella rappresenta un passo storico e un deciso passo avanti per la salute pubblica, considerata l'allarmante crescita dei numeri e delle complicità dell'obesità in Italia e nel mondo. L'approvazione della prima Legge al mondo volta a contrastare l'obesità è caduta in coincidenza con l'apertura a Trieste del XII Congresso Nazionale della Società Italiana dell'Obesità (Sio) che ha visto riuniti i maggiori esperti italiani e internazionali di obesità. “La Società Italiana dell'Obesità è molto felice per l'approvazione della legge Pella sull'obesità, un passaggio storico che conferma in maniera definitiva per la prima volta al mondo una legislazione specifica e sistematica dell'obesità come malattia, un punto di non ritorno e motivo di orgoglio per l'Italia” ha dichiarato **Rocco Barazzoni**, Past President Sio.

pone l'accento sul fatto che l'utilizzo di questi farmaci non può essere mai disgiunto da un approccio medico-nutrizionale al problema. Il farmaco non è contrapposto al trattamento medico-nutrizionale o dietetico, ma è parte di un intervento più complesso erogato in team, che considera i molteplici aspetti fondamentali per modificare abitudini e stili di vita".

Territorializzazione della gestione della malattia: il ruolo cruciale del Mmg

L'obiettivo della Sio è progredire in un percorso di qualità giungendo quanto più possibile al territorio, dove si combatte il fenomeno e dove si concentra il fronte di maggiore interesse. Storicamente, il contrasto all'obesità si è focalizzato nei centri di più o meno elevata specializzazione, dove arrivano i pazienti con problemi più complessi. Tuttavia, la partita fondamentale si gioca nel territorio.

"Il Medico di medicina generale - ha sottolineato **Buscemi** - è la figura che può arrivare al territorio meglio di altri. È essenziale coinvolgere anche altri attori che possono essere messi a sistema in un intervento più articolato, come le Case di comunità e le farmacie, realtà che devono entrare nel percorso di qualità e devono avere gli strumenti culturali necessari per affrontare la tematica". Il Mmg non è solo il primo interlocutore delle persone con obesità ma è anche una figura professionale in grado di gestire farmacologicamente il problema prescrivendo strategie ed interventi più idonei ed efficaci.

Prospettive terapeutiche future

"Il congresso di Trieste - ha commentato in merito **Barazzoni** - ha rappresentato un importantissi-

mo momento di riflessione e anche di entusiasmo, considerando che le nuove terapie farmacologiche oggi a disposizione sono in grado di modificare le prospettive e portano la consapevolezza che l'obesità è una malattia che può e deve essere curata. Una delle novità nel futuro della terapia è la possibile utilizzazione di tirzepatide in somministrazione orale, permettendo una maggiore scelta ai pazienti sia per preferenza personale sia per una possibile residua difficoltà nell'utilizzo della via iniettiva".

"Inoltre - ha aggiunto **Buscemi** - le prospettive future richiedono la necessità di comprendere al meglio come utilizzare questi farmaci nella vita reale, di raccogliere esperienze, dibatterle, aggiornare le linee guida alla luce delle evidenze, e di far comprendere i gravi aspetti economici del problema obesità ai decisori".

Tirzepatide contro le complicanze cardiometaboliche

Ma l'efficacia di questo incretinico non si ferma alla terapia del diabete e dell'obesità ma si estende anche alle complicanze cardiometaboliche.

I risultati principali dello studio di Fase 3 pionieristico e di lungo periodo **Surpass-CVOT** (con oltre quattro anni e mezzo di follow-up mediano) sono stati presentati al congresso Easd. "Questo - ha commentato il professor **Stefano Del Prato**, Professore emerito di Endocrinologia, Università di Pisa - è il più ampio e prolungato studio mai condotto su tirzepatide, coinvolgendo oltre 13.000 pazienti in 30 Paesi, tutti adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 e malattia cardiovascolare aterosclerotica conclamata. Lo studio

ha confrontato direttamente tirzepatide con dulaglutide (un agonista del recettore Glp-1), un farmaco che aveva già dimostrato un chiaro beneficio cardiovascolare nello studio Rewind".

L'obiettivo primario era dimostrare la non inferiorità di tirzepatide rispetto a dulaglutide nel tasso di eventi avversi cardiovascolari maggiori (Mace-3), un *endpoint* composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico (Im) o ictus. Il rischio di Mace-3 è risultato inferiore dell'8% per tirzepatide rispetto a dulaglutide (HR: 0,92).

Tirzepatide ha mostrato benefici superiori e statisticamente significativi rispetto a dulaglutide su importanti parametri cardiometabolici e sistemici:

- 1 mortalità per tutte le cause:** il tasso è risultato inferiore del 16% con tirzepatide (HR: 0,84) rispetto a dulaglutide;
- 2 controllo glicemico e del peso:** a 36 mesi, tirzepatide ha ridotto l'emoglobina glicata (HbA1c) dell'1,73% (contro lo 0,90% di dulaglutide) e il peso corporeo del 12,06% (circa 11,43 kg) rispetto al 4,95% (circa 4,65 kg) osservato con dulaglutide;
- 3 funzione renale:** in un sottogruppo di pazienti con malattia renale cronica ad alto o altissimo rischio, tirzepatide ha rallentato il declino del tasso di filtrazione glomerulare stimato (eGfr) di 3,54 mL/min/1,73 m² a 36 mesi rispetto a dulaglutide.

Il profilo di sicurezza e tollerabilità è risultato in linea con quanto già noto.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di **Stefano Del Prato**, **Rocco Barazzoni** e **Silvio Buscemi**

Osteoartrosi: impatto, definizione e diversi step di trattamento

L'osteartrosi è la forma più comune di artropatia degenerativa ed è una delle principali cause di morbidità, con limitazione nelle attività, disabilità fisica, eccesso di utilizzo di assistenza sanitaria e ridotta qualità della vita, soprattutto nei soggetti anziani. La collaborazione tra Mmg e Fisiatra, rappresenta la chiave di volta per consentire al paziente di muoversi libero dal dolore e dalle limitazioni funzionali

Lucia Pagano - Medico-Chirurgo - Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa- Università degli Studi "la Sapienza"

L'osteartrosi (Oa), conosciuta più comunemente come artrosi, è una condizione cronica degenerativa che attacca la cartilagine delle articolazioni. Questo rende le stesse più rigide e dolorose. La cartilagine è infatti costituita da un materiale duro ma elastico, che "fodera" i lembi delle ossa andando a ridurre gli sfregamenti. Quando questa viene a mancare, le ossa soffrono. E con esse anche i pazienti, che progressivamente perdono autonomia e qualità della vita.

Epidemiologia

L'artrosi è la malattia in assoluto più comune dell'apparato muscolo-scheletrico e la prima patologia reumatica al mondo per numero di soggetti affetti. Sono soprattutto gli anziani a soffrire di Oa, ma non solo. Infatti, la prevalenza aumenta col progredire dell'età ed è più alta nel sesso femminile e nei soggetti obesi o in sovrappeso. Al di sotto dei quarant'anni, l'Oa è più frequente nel sesso maschile ed è solitamente secondaria a traumi. Nelle donne sono in genere più colpite le ginocchia e le mani, mentre negli uomini l'anca. L'impatto sociale della malattia è molto alto, anche con sostanziali ore di lavoro perse e di pensionamenti anticipati.

Classificazione

A seconda della causa, l'osteartrosi può essere classificata in:

- **artrosi primitiva:** quando non è riconoscibile una causa apparente; può presentarsi in forma isolata, come unica malattia in una persona altrimenti sana;
- **artrosi secondaria:** quando è possibile individuare una causa che ha determinato un danno articolare, ad esempio traumi, anomalie congenite dell'articolazione, infezioni, malattie metaboliche (es. emocromatosi, malattia di Wilson), neoplasie, artrite reumatoide, gotta, condrocalcinosi, ed altre diverse affezioni. Nella pratica clinica una distinzione netta tra artrosi primaria e artrosi secondaria è in realtà difficile. In base all'estensione della malattia, è possibile inoltre classificare l'artrosi come:
 - **artrosi localizzata o monoarticolare,** se interessa una sola articolazione, es. mani, piedi, ginocchia, anche, colonna vertebrale;
 - **artrosi diffusa o poliarticolare,** quando sono interessate sia le piccole che le grandi articolazioni, oppure sia le piccole articolazioni che la colonna vertebrale, oppure sia le grandi articolazioni che la colonna vertebrale.

Fattori di rischio

Le cause specifiche dell'artrosi non sono completamente comprese, ma esistono diversi fattori in grado di contribuire allo sviluppo di questa condizione, tra cui i seguenti:

- **invecchiamento:** è il principale fattore di rischio per l'artrosi; con il passare degli anni, la cartilagine articolare si deteriora a causa della naturale usura;
- **genetica/familiarità:** se i membri della propria famiglia hanno avuto artrosi, si potrebbe essere più inclini a svilupparla;
- **lesioni articolari:** lesioni o traumi alle articolazioni, specialmente se non guariscono correttamente, possono aumentare il rischio;
- **obesità:** il peso corporeo sovraccarica le articolazioni, in particolare quelle del ginocchio, dell'anca e della colonna vertebrale e questo aumento di pressione può contribuire all'usura precoce della cartilagine;
- **attività fisica intensa o ripetitiva:** alcune attività fisiche o lavorative, che coinvolgono movimenti ripetitivi o carichi pesanti sulle articolazioni, possono aumentare il rischio di artrosi, soprattutto se non vengono adottate misure preventive adeguate. Numerosi sport sono stati

correlati a un maggior rischio di sviluppare artrosi in certe sedi, ad esempio: i giocatori di football hanno una maggiore prevalenza di artrosi dell'anca; i ballerini professionisti hanno una prevalenza più alta di artrosi dell'anca, del ginocchio e alle articolazioni metatarso-falangee; i lottatori di judo hanno un maggior rischio di sviluppare artrosi alle mani;

- **malformazioni articolari congenite:** persone nate con malformazioni nelle articolazioni, come la displasia congenita dell'anca, hanno un rischio maggiore di sviluppare questa malattia in quelle specifiche articolazioni;

- **malattie articolari infiammatorie:** malattie come l'artrite reumatoide possono causare infiammazione nelle articolazioni, danneggiando la cartilagine e aumentando il rischio di osteoartrite;

- **altre condizioni mediche:** alcune condizioni, come l'emocromatosi, possono aumentare il rischio;

- **sezzo:** le donne hanno un rischio leggermente maggiore rispetto agli uomini di sviluppare artrosi, soprattutto dopo la menopausa, il che suggerisce un possibile ruolo degli ormoni nella progressione della malattia. È importante notare che questi fattori possono interagire in modi complessi e che la causa esatta dell'artrosi può variare da persona a persona.

Campanelli d'allarme

È fondamentale individuare tempestivamente i campanelli d'allarme dell'osteoartrosi: imparare ad ascoltare il proprio corpo è essenziale per prevenire la progressione del danno articolare e rivolgersi prontamente al medico, che intervenendo nelle fasi precoci della malattia, potrà migliorare in modo significativo il benessere e la qualità di vita del paziente. A voler riassumere in breve alcuni dei principali sintomi dell'artrosi a cui prestare particolare attenzione, il primo aspetto da non sottovalutare è il **dolore articolare**. In una fase iniziale compare solo dopo l'uso dell'articolazione interessata e tende a diminuire con il riposo. Col passare del tempo, però, il dolore può diventare continuo e disturbare anche di notte. Un secondo segnale tipico è la **rigidità** che si manifesta soprattutto al mattino o dopo essere rimasti seduti a lungo. Un altro segno caratteristico dell'artrosi è il **crepitio**, ovvero lo scricchiolio o la sensazione di fruscio che si avverte durante il movimento dell'articolazione. Questo fenomeno è dovuto al deterioramento della cartilagine e alla perdita della sua funzione di ammortizzatore. Accanto a questi campanelli si riscontra spesso una progressiva **limitazione dei movimenti**. Attività quotidiane, come salire e/o scendere le scale,

camminare per tratti più o meno lunghi, o anche solo aprire un barattolo, possono diventare difficili e avere un impatto a lungo andare invalidante sul paziente, che tenderà a isolarsi, a ridurre le sue relazioni sociali, con inevitabili conseguenze negative non solo sul soma ma anche sulla psiche. Infine, non sono da sottovalutare un eventuale **gonfiore** (indice di infiammazione acuta e riacutizzazione) e a chiosa le deformazioni articolari, causate dalla formazione di osteofiti e dal deterioramento osseo. È proprio ai primi segnali d'allarme che bisognerebbe consultare uno specialista per valutare i trattamenti più adatti. Le terapie di cui oggi disponiamo consentono la ripresa delle normali attività e rallentano, anche notevolmente, o addirittura bloccano la progressione della patologia.

Diagnosi

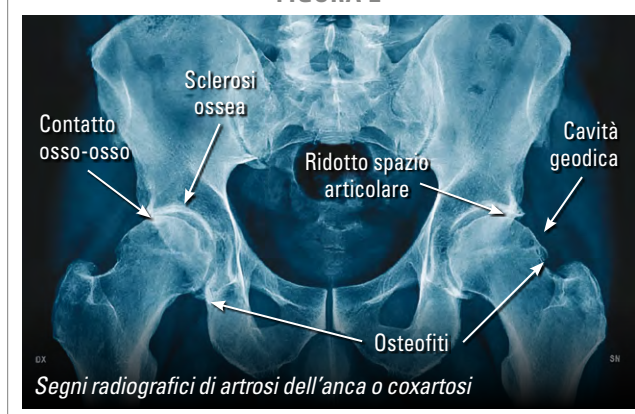
Si basa su:

- **consulto medico:** ovvero raccolta anamnestica e valutazione clinico/funzionale delle articolazioni e delle loro eventuali deformità (*figura 1*);
- **esami di imaging:** radiografie tradizionali (come esame di I livello) (*figura 2*); risonanza magnetica (Rm), ecografia, tomografia assiale computerizzata (Tac), se lo si ritiene opportuno (come esami di II livello), per visualizzare e dettagliare taluni aspet-

FIGURA 1



FIGURA 2



ti relativi allo stato delle articolazioni. Interessante sottolineare come il livello di gravità della malattia rilevata radiograficamente non correli pienamente con il dolore e la disabilità;

• **esami del sangue:** rivestono scarsa importanza nella diagnosi e nel monitoraggio dell'artrosi. In alcuni casi sono presenti alterazioni degli indici aspecifici di flogosi. Si effettuano sovente per escludere altre patologie reumatiche, ergo per la diagnosi differenziale.

Step di trattamento

È possibile intervenire tenendo conto: della causa scatenante e della gravità della lesione, nonché dalla sua estensione, dei parametri propri del paziente (come età e presenza di ulteriori patologie) e in relazione alla sede interessata. Le linee guida internazionali prevedono diversi step terapeutici, a seconda della severità della malattia, che vanno dal trattamento farmacologico con analgesici e antinfiammatori alle infiltrazioni intraarticolari con acido ialuronico, fino alla sostituzione protesica, nei casi più gravi. In parallelo, il seguire un corretto stile di vita, attraverso una dieta bilanciata (alimenti ricchi di omega-3, antiossidanti, vit. D e calcio aiutano a proteggere articolazioni e ossa), un'adeguata fisioterapia e/o un'attività fisica costante, moderata ed equilibrata contribuisce a migliorare il benessere delle articolazioni.

➤ Trattamento farmacologico

Nell'artrosi non esiste un farmaco ideale, anche se taluni Fans ricoprono un ruolo centrale. La scelta deve sempre essere personalizzata, con particolare attenzione al soggetto anziano, e va sempre intesa come un momento di eventuale supporto sintomatico.

➤ Trattamento infiltrativo intra-articolare

Le infiltrazioni di acido ialuronico (visco-supplementazione), consistono

nell'iniettare acido ialuronico direttamente nell'articolazione colpita. Questo procedimento: ripristina la lubrificazione naturale, aggiungendo una barriera protettiva che riduce l'attrito tra le superfici articolari; riduce il dolore e l'infiammazione, migliorando l'assorbimento degli urti; favorisce la mobilità articolare, permettendo un movimento più fluido, riducendo la sensazione di rigidità. Le infiltrazioni di acido ialuronico sono estremamente efficaci e quindi consigliate soprattutto alle persone con osteoartrosi lieve o moderata, perché quando la cartilagine è ancora presente, l'acido ialuronico può dare un buon supporto per prevenire ulteriori danni. Ma anche in coloro che non rispondono alle terapie convenzionali, ossia non trovano sollievo con antidolorifici, Fans o fisioterapia, nei pazienti che desiderano evitare la chirurgia, consapevoli che un intervento chirurgico dovrebbe essere sempre e comunque considerato una ultima spiaggia. L'infiltrazione intra-articolare di acido ialuronico rappresenta una valida alternativa all'intervento chirurgico, considerato che in una altissima percentuale di casi risolve le criticità del paziente con Oa.

➤ Alimentazione

Adottare una dieta anti-infiammatoria è risultata essere una strategia utile. Così come, nelle forme non avanzate, ha dimostrato la sua efficacia il ricorso alla integrazione con i condroprotettori.

➤ Rieducazione motoria

Esercizi mirati possono migliorare la flessibilità, l'articolarietà, il tono e la forza muscolare, riducendo lo stress sulle articolazioni colpite.

➤ Interventi chirurgici

Nei casi avanzati, solo se veramente indispensabile e necessario, si può ricorrere a interventi chirurgici, ad esempio di sostituzione articolare protesica, per migliorare la funzionalità e ridurre il dolore, previo consenso informato e consapevoli delle complicanze che possono insorgere durante l'intervento, e nel post intervento a breve, medio o lungo termine.

L'importanza della collaborazione tra il Mmg e il Medico fisiatra

È importante sensibilizzare i Mmg e i fisiatra sulla necessità di promuovere percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, oltre che appropriati, che coinvolgano, se lo si ritiene opportuno, più specialisti nella presa in carico del paziente, tra cui il reumatologo, il fisioterapista, il terapeuta occupazionale, l'infermiere, il nutrizionista, l'ortopedico. Per valutare l'entità, l'evoluzione della malattia o l'efficacia individuale degli interventi farmacologici o di riabilitazione potrebbe essere utile il ricorso a talune scale di valutazione, tipo la Womac e la Vas, entrambi somministrabili sia nell'ambulatorio del Mmg che in quello fisiatrico.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Martel-Pelletier J, et al. Osteoarthritis. Nat Rev Dis Primers 2016; 2: 16072.
- Reyes C, et al. Association Between Overweight and Obesity and Risk of Clinically Diagnosed Knee, Hip, and Hand Osteoarthritis: A Population-Based Cohort Study Arthritis Rheumatol 2016; 68(8):1869-75.
- Novakov V, et al. Polymorphism rs143384 GDF5 reduces the risk of knee osteoarthritis development in obese individuals and increases the disease risk in non-obese population Arthroplasty 2024; 6(1): 12.
- Beckmann NM, Villamaria EE. Interventional Therapies for Osteoarthritis: An Update AJR Am J Roentgenol 2022; 219(6): 929-939.
- Richette P, Latourte A. Osteoarthritis: value of imaging and biomarkers. Rev Prat 2019; 69(5): 507-509.
- Walsh PJ, Walz DM. Imaging of Osteoarthritis of the Hip. Radiol Clin North Am 2022; 60(4): 617-628.
- De Sola H, et al. Prevalence of diagnosed and undiagnosed osteoarthritis and associated factors in the adult general Spanish population. Aten Primaria 2024; 56(8): 102930.
- Brinkman N, et al. A New Measure of Quantified Social Health Is Associated With Levels of Discomfort, Capability, and Mental and General Health Among Patients Seeking Musculoskeletal Specialty Care. Clin Orthop Relat Res 2025; 483(4): 647-663.
- Schäfer M, Dreinhöfer K. Sports and osteoarthritis Z Rheumatol 2009; 68(10): 804-10.
- Küçükdeveci AA. Rehabilitation interventions in osteoarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2023; 37(2): 101846.
- Bierma-Zeinstra S, et al. Nonpharmacological and nonsurgical approaches in Oa. Best Pract Res Clin Rheumatol 2020; 34(2): 101564.
- Santos MM, et al. Devices for osteoarthritis symptoms treatment: a patent review. Expert Rev Med Devices 2024; 21(1-2): 91-107.