M.D.

MEDICINAE DOCTOR

Anno XXXIII, numero 5 - 2026

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

TEOFARMA

FerroGRAD®

Solfato ferroso

www.teofarma.it

In questo numero

FOCUS ON 6

Medicina Generale
Si è aperto il cantiere del nuovo Acn

RIFLETTORI 9

Prescrizione sociale
Le linee guida italiane

INTERVISTA 22

Appropriatezza prescrittiva delle benzodiazepine

CLINICA 26

Da Pcos a Pmos: un cambio di paradigma, non solo di nome

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

Medicina e Intelligenza Artificiale

L'IA non sostituirà il medico: può riportarlo accanto al paziente

Antonio Giordano, fondatore dello *Sbarro institute for cancer research and molecular medicine* di Filadelfia e autore di un recente articolo a tema su Jama, spiega perché gli algoritmi possono restituire alla professione il tempo della cura e della relazione

M.D. Clinical MONITOR

Per l'informazione e la formazione del medico italiano

M.D.
MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXIII numero 5 giugno-luglio 2026

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

Direttore Editoriale
Dario Passoni

Direttore Responsabile
Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo

Redazione
Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Advertising
Giancarlo Confalonieri
Sara Simone
mkt@passonieditore.it

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

Amministratore Delegato
Ludovico Baldessin

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

Stampa: Sincronia - Legnano

In questo numero

ATTUALITÀ

Prima pagina
La transizione incompiuta delle cure primarie 5

Focus on
Medicina Generale.
Si è aperto il cantiere del nuovo Acn 6

Riflettori
Prescrizione sociale. Le linee guida italiane 9

Relazione e cura
Avere cura dei propri confini
per proteggere la relazione terapeutica 12

La cura di chi cura
Medici e burnout. L'ironia come antidoto allo stress 14

CLINICA E TERAPIA

A tu per tu
Tecnologia e umanesimo. La sfida dell'IA in medicina 15

Rassegna
Malattie genetiche del rene.
I sospetti nella pratica della Mg 19

Intervista
Appropriatezza prescrittiva delle benzodiazepine 22

Congressi
Pancreas metastatico: sopravvivenza
quasi raddoppiata con nuovo farmaco 25

Clinica
Da Pcos a Pmos: un cambio di paradigma,
non solo di nome 26

Metodologia clinica
Il processo decisionale nella pratica medica,
tra aspetti cognitivi e relazionali 30

Passoni
EDITORE

Conoscenza che genera valore per la salute

Passoni Editore è la piattaforma editoriale e scientifica che dal 1994 produce, organizza e diffonde contenuti di qualità per il mondo **healthcare e life**

EDITORIA SCIENTIFICA
Riviste, libri e collane specialistiche peer-reviewed e accreditate, curate da comitati scientifici di riferimento

PIATTAFORME DIGITALI
Soluzioni editoriali digitali, archivi, portali e strumenti per la fruizione e la diffusione della conoscenza scientifica

FORMAZIONE ECM
Corsi, webinar e percorsi formativi accreditati per professionisti della salute e organizzazioni

EVENTI E CONVEGNI
Progettiamo e realizziamo eventi scientifici, meeting e iniziative di alto profilo culturale

INSIGHT & RESEARCH
Dati, analisi e insight per decisioni consapevoli e strategie basate sulle evidenze

RIGORE EDITORIALE
VISIONE SCIENTIFICA
IMPATTO REALE

Da sempre al fianco di istituzioni, professionisti e comunità scientifiche per promuovere e valorizzare la conoscenza

La conoscenza è il nostro impegno
Il progresso è il nostro obiettivo

Passoni EDITORE
passonieditore.it
info@passonieditore.it

La transizione incompiuta delle cure primarie

Anna Sgritto

A pochi giorni dalla firma dell'Atto di indirizzo delle Regioni, la contrattazione per l'integrazione dell'Acn della Medicina generale ha registrato una svolta con il raggiungimento in Sisac di un'ipotesi di intesa sottoscritta solo da Fimmg e Fmt sulla presenza dei Mmg nelle Case di Comunità.
Si tratta di una scelta che, almeno nell'immediato, allontana l'ipotesi di interventi normativi unilaterali e restituisce centralità al negoziato tra le parti. Si apre ora una fase decisiva nella quale occorrerà tradurre gli obiettivi della riforma in modelli organizzativi concretamente sostenibili.
Molte delle strutture finanziate dal Pnrr sono ormai prossime al completamento, ma la loro piena operatività continua a dipendere dalla capacità di integrare professionisti, servizi e competenze all'interno di percorsi assistenziali realmente coordinati.
La Medicina generale è il principale presidio di prossimità del Ssn. La diffusione capillare degli studi professionali, il rapporto fiduciario con i cittadini e la conoscenza diretta dei bisogni delle comunità rappresentano un patrimonio che difficilmente può essere sostituito. Allo stesso tempo, l'evoluzione epidemiologica e demografica richiede modelli più strutturati, capaci di garantire risposte coordinate a una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche.
In questa prospettiva, il dibattito sul futuro della Medicina generale non può esaurirsi nella discussione sugli assetti contrattuali. La sfida è costruire un equilibrio tra autonomia professionale, integrazione organizzativa e responsabilità condivise all'interno della rete territoriale. Un equilibrio che richiede risorse, strumenti digitali, personale di supporto e una programmazione coerente con gli obiettivi di riforma.
L'intesa raggiunta in Sisac apre ora una nuova fase. Da un lato consente di avviare il percorso attuativo delle Case di Comunità previsto dal Dm 77; dall'altro lascia aperto il confronto politico e sindacale sulle modalità di applicazione dell'accordo e sul futuro rinnovo dell'Acn 2025-2027. La carenza di professionisti, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della domanda di assistenza rendono improcrastinabile il rafforzamento delle cure primarie. Resta aperta la questione delle risorse organizzative necessarie per sostenere la riforma: personale di studio, infermieri, strumenti digitali e modelli di integrazione che consentano di rafforzare le Case di Comunità senza indebolire la rete capillare degli studi. C'è ancora un quesito aperto, capire se il Ssn vuole ancora investire sulla Medicina generale o se intende rassegnarsi alla sua lenta burocratizzazione.

Medicina Generale
Si è aperto il cantiere del nuovo Acn

L'accordo in Sisac sulle Cdc accelera l'attuazione del Dm 77. Fimmg e Fmt firmano l'intesa, mentre Snami e Smi scelgono di non aderire. Parte così il tavolo politico per il rinnovo della Convenzione 2025-2027, decisivo per i futuri equilibri della Medicina generale

Anna Sgritto

La Medicina generale entra in una nuova fase della propria riorganizzazione. Dopo la firma dell'Atto di indirizzo delle Regioni, la Sisac e le organizzazioni sindacali hanno raggiunto un'ipotesi di intesa per l'integrazione dell'Acn finalizzata all'attuazione delle Case di Comunità previste dal Pnrr.
L'accordo, sottoscritto da Fimmg e Fmt, definisce il quadro operativo per la partecipazione dei medici di famiglia alle nuove strutture territoriali e consente di proseguire il percorso attuativo del Dm 77. L'ipotesi di intesa prevede un impegno fino a 6 ore settimanali nelle Case di Comunità per i medici interessati dal nuovo modello organizzativo, con una valorizzazione economica fissata a circa 40 euro l'ora. Fimmg e Fmt hanno anche sottoscritto un documento politico che impegna le parti ad aprire già dal mese di settembre il confronto per il rinnovo complessivo dell'Acn 2025-2027. Un passaggio che sposta l'attenzione dal solo tema delle Case di Comunità alla ridefinizione più ampia del ruolo della Medicina generale nel nuovo assetto delle cure territoriali.
Snami e Smi hanno scelto invece di non sottoscrivere l'intesa, confermando le proprie perplessità sull'impianto dell'accordo e sul modello organizzativo delle Case di Comunità. La mancata adesione evidenzia come il confronto all'interno della categoria resti aperto nonostante il raggiungimento dell'accordo.
La svolta non elimina le criticità che da anni accompagnano il settore. Al contrario, rende ancora più evidente la necessità di affrontare questioni rimaste finora irrisolte: la carenza di professionisti, la copertura delle aree carenti, la crescente domanda di assistenza legata all'invecchiamento della popolazione e il ruolo concreto che i medici di famiglia saranno chiamati a svolgere nelle Case di Comunità.

I NUMERI DELLA TRANSIZIONE

- **Oltre 1.000 Case di Comunità**: il target strutturale previsto dal Pnrr per ridisegnare la mappa dell'assistenza territoriale.
- **Il picco dei pensionamenti**: oltre il 35% dei Mmg in attività è entrato nella finestra di quiescenza nell'ultimo quinquennio, con un tasso di ricambio insufficiente a coprire le aree carenti.
- **La pressione della cronicità**: una popolazione over 65 che sfiora il 25% del totale nazionale e assorbe quasi l'80% delle risorse sanitarie territoriali.
- **Cure a domicilio**: il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) come pilastro della Missione 6 Salute per decongestionare gli ospedali.

La riforma delle cure territoriali si confronta con una doppia sfida: realizzare le nuove strutture e garantire la disponibilità di professionisti necessari a renderle pienamente operative.

Dalle strutture all'organizzazione

La realizzazione delle Case di Comunità rappresenta uno degli interventi più significativi finanziati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. In molte Regioni i cantieri sono in fase avanzata e numerose strutture sono già operative o prossime all'apertura.
La questione centrale non riguarda più la costruzione degli edifici, ma la loro capacità di funzionare come nodi di una rete assistenziale integrata. Le Case di Comunità sono infatti chiamate a garantire una presa in carico multidisciplinare dei cittadini attraverso il coinvolgimento

di medici, infermieri, specialisti ambulatoriali, operatori sociali e personale amministrativo.
In questo contesto il contributo della Medicina generale viene considerato decisivo. Il nuovo Acn dovrà chiarire modalità organizzative, livelli di presenza e forme di integrazione professionale.

La questione demografica

A rendere più complessa la transizione contribuisce la situazione demografica della professione. In molte aree del Paese il numero dei pensionamenti continua a superare quello dei nuovi ingressi, mentre cresce il numero dei cittadini privi di un medico di riferimento.
Le difficoltà di reclutamento rappresentano uno dei principali elementi di preoccupazione per le istituzioni regionali. La carenza di professionisti rischia infatti di compromettere non soltanto la tenuta dell'assistenza convenzionale, ma anche il funzionamento delle nuove strutture territoriali.
Il tema si intreccia con quello dell'attrattività della professione. Organizzazioni sindacali e rappresentanze professionali sottolineano da tempo la necessità di ridurre il peso degli adempimenti burocratici e di rafforzare il supporto organizzativo agli studi medici. La richiesta è quella di consentire ai professionisti di dedicare maggior tempo all'attività clinica e alla presa in carico dei pazienti.

COSA PREVEDE L'INTESA RAGGIUNTA IN SISAC

L'ipotesi di intesa sottoscritta da Fimmg e Fmt introduce per i medici di medicina generale un obbligo di attività nelle Case della Comunità fino a 6 ore settimanali per 48 settimane l'anno, con una remunerazione definita a livello nazionale. L'accordo punta a garantire la piena operatività delle nuove strutture territoriali previste dal Dm 77 e dal Pnrr, ma ha registrato la mancata adesione di Snami e Smi, che contestano l'impianto dell'intesa.

I punti salienti

- Attività nelle Case della Comunità fino a 6 ore settimanali per 48 settimane annue
- Turni collocati nella fascia oraria 8:00-20:00, per almeno 3 ore continuative
- Compenso pari a 38,72 euro l'ora, oltre oneri, uniforme sull'intero territorio nazionale
- Fabbisogno orario definito dalle Aziende sanitarie in base alle necessità organizzative delle singole strutture
- Coinvolgimento del referente dell'Aft nella fase di programmazione, ove presente
- Ripartizione delle ore residue tra i medici operanti nell'ambito territoriale della Casa di Comunità

Il nodo della prossimità

La riorganizzazione delle cure territoriali riporta al centro anche il tema dell'accessibilità dei servizi. La rete degli studi di Medicina genera-

PERCHÉ SNAMI E SMI NON HANNO FIRMATO

L'ipotesi di intesa raggiunta in Sisac non ha ottenuto l'adesione unanime delle organizzazioni sindacali della Medicina generale. Snami e Smi hanno scelto di non sottoscrivere il testo, pur partendo da valutazioni in parte differenti.

- Snami giudica l'accordo sbilanciato sugli obblighi organizzativi e ritiene che l'introduzione delle attività nelle Case di Comunità non sia accompagnata da adeguate garanzie per la professione, dal rafforzamento degli studi territoriali e da misure in grado di contrastare la carenza di medici.
- Smi contesta il metodo seguito nella fase conclusiva del confronto e continua a esprimere perplessità sull'impianto complessivo della riforma territoriale, ritenendo insufficienti le tutele per l'autonomia professionale e per l'organizzazione del lavoro dei medici di famiglia.
- Entrambe le organizzazioni ritengono che il tema della presenza nelle Case della Comunità non possa essere affrontato esclusivamente attraverso l'introduzione di nuovi obblighi orari, ma richieda interventi strutturali sulla sostenibilità della Medicina generale.
- La mancata firma non interrompe il percorso negoziale: il confronto proseguirà nei prossimi mesi con l'apertura del tavolo per il rinnovo dell'Acn 2025-2027.

le continua a rappresentare il presidio sanitario più diffuso sul territorio nazionale, soprattutto nelle aree interne, montane e periferiche.
Per questo motivo il dibattito non riguarda la sostituzione degli studi professionali con le Case di Comunità, ma la costruzione di modelli organizzativi capaci di integrare le diverse componenti della rete territoriale.
L'obiettivo dichiarato della riforma resta quello di superare l'isolamento professionale senza compromettere la capillarità dell'assistenza. Una sfida che richiede investimenti non soltanto nelle infrastrutture, ma anche nel personale di supporto, nella digitalizzazione e negli strumenti diagnostici di primo livello.

Il rapporto fiduciario tra medico e assistito continua a essere considerato uno degli elementi qualificanti della Medicina generale. La riorganizzazione delle cure territoriali punta a rafforzare il lavoro in équipe senza disperdere il valore della prossimità, particolarmente rilevante nelle aree interne, montane e periferiche del Paese

L'Europa guarda all'Italia

Il confronto italiano continua a essere osservato con attenzione anche a livello internazionale. Negli ultimi mesi l'Uemo è intervenuta più volte nel dibattito richiamando il valore della continuità assistenziale e del rapporto fiduciario tra medico e paziente.
Parallelamente, l'organizzazione europea ha rilanciato il tema del rafforzamento del percorso formativo della Medicina generale, considerato strategico per accrescere l'attrattività della professione e garantire una preparazione sempre più adeguata alle nuove esigenze assistenziali.
Il richiamo europeo evidenzia come la discussione italiana non riguardi esclusivamente assetti contrattuali o modelli organizzativi, ma investa più in generale il futuro delle cure primarie all'interno dei sistemi sanitari pubblici.

Le Case di Comunità rappresentano il pilastro della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr e dal Dm 77. La sfida che accompagna la fase attuativa non riguarda più soltanto la realizzazione delle strutture, ma la loro capacità di integrare professionisti, servizi e percorsi assistenziali all'interno di modelli organizzativi sostenibili e realmente accessibili ai cittadini

La vera sfida

La firma dell'Atto di Indirizzo ha certamente modificato il quadro politico. Tuttavia, il successo della riforma territoriale dipenderà soprattutto dalla capacità di trasformare gli obiettivi normativi in un'organizzazione concretamente funzionante.
Il nuovo Acn rappresenta il passaggio decisivo di questa fase. Dovrà fornire risposte operative sulle modalità di integrazione dei professionisti, sulla valorizzazione del lavoro territoriale e sugli strumenti necessari per rendere pienamente operative le Case di Comunità.
Più che la scelta tra modelli contrattuali differenti, il nodo resta la sostenibilità economica delle soluzioni proposte: senza risorse adeguate per il personale di studio, la riforma rischia di rimanere un impianto teorico. È su questo terreno che si misurerà il futuro della Medicina generale e, con essa, la tenuta complessiva del Servizio sanitario nazionale.

Prescrizione sociale
Le linee guida italiane

Presentato a Roma il primo documento nazionale dedicato a comunità proattive e prescrizione sociale. Le raccomandazioni indicano un modello che integra Mmg, servizi sociali e Terzo settore per affrontare solitudine, fragilità e disuguaglianze di salute. Le Case di Comunità individuate come possibile punto di raccordo territoriale

a cura di: **Giorgio Banchieri**[1]
con la collaborazione di: **Ferdinando Petrazzuoli**[2], **Laura Franceschetti**[3]

Le prime Raccomandazioni italiane su "Comunità proattive e prescrizione sociale" sono state presentate a Roma, presso l'Università Sapienza, al termine di un percorso di ricerca e confronto che ha coinvolto istituzioni nazionali e internazionali, società scientifiche, organizzazioni civiche e rappresentanti del Terzo settore. Il documento propone un cambio di paradigma nell'assistenza territoriale: affiancare alle cure tradizionali interventi capaci di agire sui determinanti sociali della salute, valorizzando il ruolo della medicina generale, delle reti di comunità e delle Case di Comunità nella presa in carico delle persone più fragili.
Oltre alle Raccomandazioni sono stati presentati gli Allegati tecnici di supporto. L'incontro si è svolto alla presenza di Oms Europa, *Wonca Europe*, *EuroHealthNet*, ministeri competenti, Agenas, Iss, Regioni, organizzazioni d'impresa, società professionali e scientifiche, reti associative, Cittadinanzattiva, CSVnet, numerosi soggetti del Terzo settore e del volontariato, oltre alla Commissione salute della Cei.

[1] Segretario nazionale Asiquas - Docente Disse Sapienza Università di Roma
[2] Wonca Europe Executive Board
Wonca Europe Special Interest Group on Social Prescribing and Community Orientation
[3] Disse Sapienza Università di Roma

Sostenibilità ed equità

La sostenibilità della sanità e del sistema sociale non può più essere valutata esclusivamente sul piano economico. Le nuove Raccomandazioni richiamano infatti una visione più ampia, che comprende aspetti organizzativi, ambientali e relazionali, con l'obiettivo di garantire a ogni persona la possibilità di raggiungere il miglior livello di salute possibile, indipendentemente dalla propria condizione socioeconomica.
L'equità, infatti, non consiste nel dare a tutti la stessa cosa, ma nel permettere a ogni persona di raggiungere il massimo potenziale di salute senza essere penalizzata da condizioni socioeconomiche. Significa abbattere barriere economiche e burocratiche che spingono molte famiglie italiane a integrare le cure con spese private, e coinvolgere comunità locali e persone vulnerabili nella definizione delle politiche.
La sostenibilità sanitaria e sociale ha una dimensione finanziaria, organizzativa, ecologica e relazionale, e richiede modelli capaci di ottimizzare le risorse pubbliche, ridurre l'impatto ambientale delle strutture, promuovere una sanità verde/sostenibile e rafforzare fiducia, trasparenza e partecipazione. L'approccio "*One Health*" lega salute umana, animale e ambientale; il Piano nazionale di prevenzione integra l'equità per ridurre le disuguaglianze regionali. Tra gli strumenti più rilevanti per contrastare le disuguaglianze sanitarie in Italia figura il Programma nazionale equità nella salute (Pnes) 2021-2027, un piano strategico destinato alle sette Regioni del Mezzogiorno maggiormente esposte a criticità socioeconomiche e sanitarie: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.
Finanziato attraverso risorse europee del Fondo europeo di sviluppo regionale (Fesr) e del Fondo sociale europeo Plus (Fse), il programma punta a ridurre il divario nell'accesso ai servizi sanitari tra le diverse aree del Paese, rafforzando al tempo stesso la capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali. La *governance* è affidata al Ministero della salute, mentre la realizzazione degli interventi coinvolge direttamente le amministrazioni regionali e le aziende sanitarie locali. L'iniziativa nasce dalla consapevolezza che le condizioni sociali, economiche e culturali influenzano profondamente lo stato di salute delle persone. Povertà, fragilità economica, basso livello di istruzione, isolamento sociale e difficoltà di accesso ai servizi rappresentano infatti determinanti che possono tradursi in una minore aspettati-

va di vita e in peggiori esiti di salute.
Per questo motivo il Pnes concentra le proprie azioni su quattro ambiti considerati strategici:
1. Il primo riguarda il contrasto alla povertà sanitaria, attraverso misure rivolte alle persone più vulnerabili per facilitare l'accesso a farmaci, visite specialistiche, percorsi di prevenzione e servizi assistenziali. L'obiettivo è ridurre le rinunce alle cure dovute a difficoltà economiche, un fenomeno che negli ultimi anni ha interessato quote crescenti della popolazione.
2. Una seconda area di intervento è dedicata alla salute mentale, con il potenziamento dei servizi territoriali destinati a bambini, adolescenti e adulti in condizioni di disagio psicologico o sociale. Il programma mira a rafforzare la presa in carico precoce, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e la prossimità dell'assistenza.
3. Particolare attenzione viene inoltre riservata alla medicina di genere, promuovendo modelli assistenziali capaci di considerare le differenze biologiche, sociali e culturali tra uomini e donne. L'obiettivo è favorire diagnosi più tempestive, trattamenti più appropriati e una maggiore personalizzazione delle cure.
4. Infine, il programma interviene sul fronte della prevenzione oncologica, sostenendo l'aumento della partecipazione agli *screening* per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto. In molte aree del Sud, infatti, i tassi di adesione risultano ancora inferiori rispetto alla media nazionale, con conseguenze rilevanti sulla diagnosi precoce e sugli esiti clinici.
Nel loro insieme, le misure previste dal Pnes si inseriscono in una strategia più ampia che punta a rafforzare l'equità del Ssn, riconoscendo che il diritto alla salute non dipende soltanto dall'offerta di servizi sanitari, ma anche dalla capacità delle istituzioni di intervenire sui determinanti sociali che generano disuguaglianze. Per questo il programma viene spesso indicato come uno dei principali laboratori di sperimentazione delle politiche di sanità pubblica orientate all'equità e alla prossimità delle cure.

Le Comunità proattive

In sanità e nel sociale le comunità proattive sono gruppi di persone e reti territoriali che agiscono in modo anticipatorio, superando la "sanità di attesa". In sanità la proattività coincide con la medicina d'iniziativa: identificare precocemente i fattori di rischio, monitorare i pazienti cronici, prevenire riacutizzazioni e accessi impropri al Pronto soccorso, attivare le Case di Comunità previste dal Dm 77/2022 come riferimento vicino a casa per cure primarie, prevenzione e assistenza multidisciplinare.
Sul piano sociale, una comunità proattiva è una rete coesa in cui cittadini e associazioni diventano *partner* dei servizi pubblici. Medici e operatori possono "prescrivere" attività non mediche, come gruppi di cammino, volontariato o corsi d'arte, per contrastare solitudine e isolamento, valorizzare competenze presenti nel quartiere e creare ambienti favorevoli a sani stili di vita e inclusione (*tabella 1*).

TABELLA 1

Sintesi delle differenze tra modello reattivo e proattivo

Caratteristica	Modello reattivo (tradizionale)	Modello proattivo
Focus	Cura della malattia acuta	Promozione del benessere e prevenzione
Azione	Attende che il paziente chieda aiuto	Anticipa bisogni e monitora rischi
Ruolo del cittadino	Utente passivo	Partner attivo e responsabile
Obiettivo	Risoluzione del sintomo	Autonomia e qualità della vita

La prescrizione sociale

La prescrizione sociale consente a medici e operatori sanitari di indirizzare i pazienti verso risorse e attività non cliniche presenti nella comunità, come arte, natura e volontariato, per migliorare il benessere complessivo. Il modello punta a un universalismo progressivo: accesso per tutti, ma supporto graduato secondo bisogni e fragilità.
Non riguarda categorie chiuse: integra nel tessuto sociale chiunque ne abbia bisogno e raggiunge attivamente popolazioni isolate o complesse, come Neet e anziani soli, anche tramite figure specializzate come i *Link worker*. L'approccio non chiede soltanto "cosa non va?", ma "cosa conta per te?", così l'intervento resta pertinente alla persona e al suo contesto.
Affrontando determinanti sociali della salute come reddito, istruzione e ambiente, la prescrizione sociale promuove equità, supera difficoltà di accesso nelle aree svantaggiate e rende più resiliente il sistema. Le reti tra sanità, Comuni e Terzo settore generano benessere sostenibile, valorizzando risorse territoriali già esistenti. In Italia le Case di Comunità possono diventare *hub* in cui medici, infermieri e assistenti sociali collaborano per una presa in carico globale.

Le evidenze empiriche

Studi richiamati da Ibsa foundation e *British Medical Journal* mostrano che la prescrizione sociale può ridurre visite mediche e accessi al Pronto soccorso, migliorando la qualità della vita. La partecipazione settimanale a gruppi di

canto negli over 65 per tre mesi è stata associata a riduzione dello stress e miglioramento della salute mentale.
Il modello "*Choirs and general health in older adults*" ha stimato un beneficio economico di 553 sterline per persona all'anno; su larga scala, nel contesto Uk, l'approccio potrebbe generare risparmi rilevanti. Il percorso prevede spesso un *Link worker* che collega i pazienti alle risorse territoriali, rafforzando *life skill, health literacy* e reti sociali e culturali esistenti.
Altre esperienze europee includono:
- **Frome (Uk)**: riduzione dei ricoveri d'emergenza del 14% in tre anni, con modello *bottom-up e Community connectors*, ma dipendente da *leadership* e contesto favorevole;
- **Splw Inghilterra**: oltre 2.662 operatori, formazione Pci accreditata, finanziamento Arrs, riduzione di visite Mmg e accessi Ps e rapporto costo-beneficio Nhs stimato positivo;
- **Irlanda Hse**: più di 44 servizi, copertura nazionale e trial clinici richiamati da Kiely et al.;
- **Spagna**: *Estrategia de salud comunitaria, Agentes de salud de base comunitaria a Barcellona, Plan de acción de atención primaria y comunitaria 2022-2023 e governance multilivello delle Comunidades autónomas*.

In Brasile la prescrizione sociale non è definita da una legge specifica, ma è integrata nel Sistema *único de saúde (Sus)* attraverso medicina territoriale e di comunità. L'Esf - *Estratégia saúde da família* è la porta d'ingresso del sistema e integra cure sanitarie e servizi sociali; le *équipe* di Psf, con medici, infermieri e Agenti comunitari di salute (Acs), operano localmente per rispondere anche ai bisogni sociali.

Un cambio di paradigma

Comunità proattive e prescrizione sociale segnano il passaggio dalla cura del singolo alla promozione del benessere attraverso reti relazionali. La comunità non è solo luogo geografico, ma risorsa attiva per la salute. Il supporto viene modulato in base al bisogno, contrastando solitudine, fragilità relazionale e disuguaglianze che spesso gravano sul Servizio sanitario nazionale.
Si passa dal "cosa hai?" al "cosa conta per te?". Le Comunità proattive sono ecosistemi in cui cittadini, Terzo settore e associazioni si attivano in rete, sostenendo i servizi e producendo coesione. Un ruolo importante è svolto dalla figura del *Link worker*, professionista che facilita il collegamento tra la persona e le risorse presenti sul territorio, favorendo lo sviluppo delle competenze individuali, delle reti sociali e della *health literacy*.
I principi chiave sono: valorizzare le risorse che promuovono salute, rendere la comunità *partner* nella progettazione, integrare medici di medicina generale, servizi sociali e Terzo settore.
In Italia il modello si diffonde come risposta all'isolamento e alla cronicità, in linea con la "salute in tutte le politiche". È un lavoro di comunità che sposta il *focus* dalla cura dell'acuto alla gestione proattiva del benessere di una popolazione.
L'obiettivo finale è rendere il sistema più equo e resiliente, contrastando le disuguaglianze e promuovendo un modello di assistenza centrato sulla persona e sulla comunità. Una prospettiva che si inserisce pienamente nel dibattito sulla riorganizzazione delle cure primarie e sul futuro della medicina territoriale in Italia.

Accedi al testo delle Raccomandazioni al link:
https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-comunita-solitudini-salute

LA RETE ITALIANA

La rete italiana coinvolge Asiquas, il Disse della Sapienza Università di Roma, l'Alleanza per la riforma delle cure primarie/Libro azzurro, Cittadinanzattiva, l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs, Card, il Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna, la Regione Toscana e la Regione Emilia-Romagna, Oms Europa con la sede di Venezia, Wonca Europe e il suo Special interest group su Social prescribing and community orientation. All'incontro di Roma hanno partecipato anche istituzioni, università, centri di ricerca, organizzazioni non profit, associazioni e società scientifiche.
Il lavoro preparatorio è stato sostenuto da un Comitato scientifico e da Gruppi di lavoro tematici. Il processo è stato promosso da Asiquas (Associazione italiana per la qualità nell'assistenza sanitaria e sociale) con **Giorgio Banchieri** e **Silvia Scelsi**, e dal Disse della Sapienza Università di Roma con **Laura Franceschetti**. Ne deriva una proposta plurale, orientata a costruire un linguaggio comune tra sanità pubblica, medicina generale, servizi sociali e comunità.
La dimensione europea è stata rafforzata da Luigi Bertinato, in rappresentanza di Oms Europa, moderatore della sessione "Il contributo delle esperienze internazionali". Nel panel sono intervenuti **Yongjie Yon**, del programma Ageing and health di Oms Europa, **Odd N. Hanssen**, consulente Oms Europa per l'economia del benessere, **Ferdinando Petrazzuoli** e **Joyce Kenkre** per Wonca Europe e per il Sig su Social prescribing and community orientation, **Vania Putatti di Eurohealthnet**, **Juan Manuel Mendive** dell'Istituto catalano della salute e Università di Barcellona, **Jenny Hartnoll**, consulente in prescrizione sociale e sviluppo di comunità, e Amrita Jesurasa di Public health wales.
Un contributo rilevante è venuto da Wonca Europe, rappresentata da Ferdinando Petrazzuoli e Joyce Kenkre, che ha sottolineato il ruolo della medicina di famiglia nel contrasto ai determinanti sociali della salute e nella promozione di un'assistenza orientata alla comunità. Il convegno ha favorito lo scambio di buone pratiche e rafforzato l'idea della prescrizione sociale come risposta organizzata a solitudine, fragilità relazionale e disuguaglianze di salute.

Avere cura dei propri confini per proteggere la relazione terapeutica

Nella professione, come nella vita privata, essere sempre a disposizione, in ogni caso, in qualunque situazione, rappresenta causa di esaurimento e talora la sensazione di essere continuamente calpestati, aumentando lo stress e il rischio di errori e burnout. Accorgersi di questa dinamica e porre degli argini non è mancanza di cura, ma, al contrario, la creazione di un luogo sicuro, dove la relazione può muoversi nell'ambito del rispetto reciproco e di qualità della cura

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

Il Mmg vive oggi un paradosso: pur essendo la figura sanitaria più vicina alla comunità, si trova spesso in una condizione di profonda solitudine, schiacciato tra una domanda di salute incessante e strumenti tecnologici che hanno abbattuto ogni barriera tra vita privata e professionale.

La professione medica è fondata su una **relazione fiduciaria** in cui il clinico detiene, nei confronti delle persone che gli chiedono aiuto, una posizione di responsabilità, che richiede agisca sempre secondo i principi di beneficenza, non maleficenza e riservatezza.

Ma - e qui sta il punto - negli ultimi decenni le cose sono cambiate drammaticamente. L'esplosione dei sistemi di messaggistica istantanea come **WhatsApp** e l'uso pervasivo della posta elettronica hanno alterato equilibri consolidati, sia tra medico e paziente che tra vita professionale e vita privata. I dati confermano che il volume dei messaggi e delle richieste digitali è aumentato drasticamente, soprattutto dalla pandemia di Covid-19, diventando una fonte di lavoro costante e spesso non regolamentata. Per molti medici, la reperibilità costante non è più una scelta, ma una sorta di "assedio digitale" che consuma il tempo dedicato al riposo e agli affetti. Questa situazione può essere anche consolidata dalla **paura etica dell'abbandono**: l'idea che non rispondere a un messaggio fuori orario possa nuocere al paziente o incrinare quel patto di fiducia costruito in anni di attività.

In realtà, l'assenza di limiti chiari rischia di produrre l'effetto opposto, trasformando la disponibilità in un fattore di rischio per entrambi gli attori della relazione. Questo vale per i medici, ma anche, se ci pensiamo, per tutte le relazioni interpersonali.

Mettere i "paletti" come prestazione clinica

Nonostante quello che si possa pensare di primo acchito, porre dei confini non corrisponde a ergere un muro di separazione; si tratta invece di definire uno "**spazio sicuro**", che permette alla dinamica psicologica tra medico e paziente di svolgersi in modo fluido, trasparente ed efficace. Definire gli orizzonti dei comportamenti reciproci non è quindi un atto di scortesia, ma una **prestazione clinica**, fondamentale per diverse ragioni che possiamo così sintetizzare:

1. Protezione della sicurezza delle cure e dell'oggettività: la manutenzione dei confini aiuta a preservare l'integrità di se stessi, della relazione e la fiducia reciproca. Rispondere a consultazioni mediche in contesti inappropriati (come durante il tempo libero o tramite *chat* non protette) può infatti compromettere l'**obiettività clinica**: senza la dovuta concentrazione e l'accesso alla documentazione completa, infatti, il rischio di errore diagnostico o prescrittivo aumenta sensibilmente. In questo senso il confine protegge anche il paziente, da decisioni mediche distorte da stanchezza, distrazione o fretta.

2. Promozione dell'autonomia del paziente: uno dei concetti del rapporto medico-paziente è favorire l'indipendenza e la capacità di autodirezione dell'assistito, quando possibile. Una reperibilità illimitata può generare una dipendenza passiva, in cui il paziente rinuncia a gestire i piccoli problemi di salute in autonomia, sapendo di poter delegare ogni minima ansia al medico in tempo reale.

3. Prevenzione del "piano inclinato" *(slippery slope)*: le violazioni dei confini, che siano nell'ambito professionale o di natura privata, raramente iniziano con atti gravi; spesso partono da piccole concessioni, che spesso però, nell'ascoltare le proprie sensazioni, percepia-

mo già da subito come forzate, non opportune, poco fluide. Questo fenomeno, noto come ***slippery slope concept***, riguarda come piccoli sconfinamenti possano portare a derive poi difficili da gestire e da cui può essere complicato tornare indietro. Stabilire dei "paletti" significa quindi garantire che la cura avvenga in un ambiente professionale, regolato e, per questo, sicuro.

Strategie pratiche: le "4 C" per stabilire i confini

Perché i limiti non vengano percepiti come un rifiuto o una mancanza di cura **devono essere comunicati** all'interno di una solida **alleanza terapeutica**, basata su fiducia, empatia e accordo sugli obiettivi di cura.
Per strutturare questo tipo di comunicazione si possono seguire dei passaggi precisi, che possono aiutare a favorire il processo e aumentare trasparenza e chiarezza:

1 Consenso e contratto

Gestire le aspettative è un punto di partenza prezioso. Possibilmente dal primo incontro, è fondamentale accordarsi esplicitamente con il paziente sulle modalità di contatto fuori dall'ambulatorio. La **FnomCeO** raccomanda di ottenere un consenso preventivo all'impiego di sistemi digitali (*email*, messaggi), informando chiaramente il paziente su cosa sia opportuno e utile comunicare tramite questi mezzi. Definire questo "contratto" trasforma il limite da imposizione unilaterale a **regola condivisa** per la sicurezza di entrambi.

2 Contesto

Può essere utile evidenziare che la sede privilegiata della cura è l'ambulatorio e spiegare che certe discussioni cliniche richiedono delle volte l'accesso alla cartella clinica per i dettagli e un tempo dedicato che il "messaggino" non può offrire. Per le aree rurali o le piccole comunità, dove gli incontri fortuiti sono inevitabili, può essere utile concordare in anticipo che in pubblico non si parlerà di questioni cliniche per proteggere la **riservatezza** del paziente.

3 Chiarezza (tempi e modi)

L'ambiguità è fonte di *stress*. Comunicare giorni e orari specifici in cui il medico è disponibile a rispondere a *email* o messaggi, definendo anche un **tempo massimo di risposta** (es. entro 24-48 ore lavorative), può rappresentare una valida strategia. Non è utile, e potrebbe essere controproducente (a parte di accordi particolari e personalizzati), utilizzare tali canali per le urgenze.

4 Comunicazione empatica e consapevolezza

L'ascolto attivo e la validazione delle emozioni del paziente sono strumenti potenti: il paziente che si sente "ascoltato" accoglie più facilmente un confine organizzativo.
In questo senso, la **tecnica dei messaggi in prima persona ("Io-Messages")** può essere d'aiuto per evitare attriti. Ecco un esempio:
Approccio centrato sul paziente (rischioso): "*Lei non deve scrivermi di domenica, sta esagerando*". Suona come un rimprovero e lede l'alleanza.
Approccio in prima persona: "*Io ho bisogno di staccare completamente nel fine settimana per poterle garantire tutta la mia attenzione e lucidità clinica quando ci vedremo in studio lunedì*". Sposta il *focus* sulla **necessità professionale del medico** di mantenere la qualità della cura, rendendo il limite un atto di protezione verso il paziente stesso.

Curare i confini per curare meglio i pazienti

La gestione dei confini professionali non è un accessorio né un capriccio, ma una componente essenziale della **prevenzione del *burnout***, descritto come una sindrome derivante da stressori interpersonali cronici sul lavoro. L'erosione dei confini può portare a esaurimento emotivo, cinismo e riduzione della qualità delle cure. Un medico che non sa "dire di no" finisce per perdere la propria capacità di empatia e compassione, diventando meno efficace proprio per quei pazienti che vorrebbe proteggere.
In conclusione, porre dei "paletti", in maniera serena e condivisa, non vuole dire alzare muri, ma creare una "**zona franca**" regolata dal rispetto reciproco e dalla deontologia. È attraverso la cura della propria integrità professionale e personale, che è possibile preservare la propria salute e il proprio equilibrio e continuare a offrire, negli anni, quel supporto umano e scientifico che è il cuore della medicina generale. Imparare a tracciare queste linee significa, in ultima analisi, onorare il mandato di ***primum non nocere***, assicurando che la relazione di cura rimanga sempre un luogo di guarigione e mai di reciproco esaurimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Gruppo di Lavoro ICT della FNOMCeO - Raccomandazioni sull'uso di social media, di sistemi di posta elettronica ed instant messaging nella professione medica e nella comunicazione medico-paziente - 21 luglio 2023
2. Hingle S. Electronic Health Records: An Unfulfilled Promise and a Call to Action. *Ann Intern Med* 2016; 165: 818-9.
3. Sharma P. A Case of a Patient/Physician Boundary Issue in Rural Practice and Measures to Avoid or Maintain Dual Relationships. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015; 17(2):10.4088/PCC.14l01752. doi: 10.4088/PCC.14l01752.
4. Aravind VK, et al. Boundary Crossings and Violations in Clinical Settings. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2012;1: 21
5. Holmgren AJ, et al. Trends in Physician Electronic Health Record Time and Message Volume. *JAMA Intern Med* 2025; 185: 461-3. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.8138.
6. Lampe L, et al. Being a 'good' doctor: Understanding and managing professional boundaries is challenging and can lead to stress and burnout. *Australas Psychiatry* 2023; 31: 764-67. doi: 10.1177/10398562231191662.
7. Farber NJ, et al. Love, boundaries, and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2291-4.
8. Opland C. Psychotherapy and Therapeutic Relationship. https://www.statpearls.com/point-of-care/130590
9. Boeckxstaens P, et al. Exploring the therapeutic alliance in Belgian family medicine and its association with doctor-patient characteristics: a cross- sectional survey study. *BMJ Open* 2020; 10:e033710. doi:10.1136/bmjopen-2019-033710.

Medici e burnout
L'ironia come antidoto allo stress

Dalla letteratura scientifica ai consigli dell'American Academy of Family Physicians, l'umorismo emerge come strumento per contrastare ansia, isolamento e logoramento professionale dei medici di medicina generale

A cura di **Francesco Carelli**, *già Medico di medicina generale e docente universitario*

"Il miglior medico è la natura: guarisce tre quarti delle malattie e non sparla dei suoi colleghi". Lo sosteneva **Galeno**, e gli aforismi sui medici non sono mai mancati. Ma se, per una volta, i medici non fossero bersaglio dell'ironia bensì maestri nell'utilizzarla? Proprio l'umorismo viene indicato dagli esperti dell'*American Academy of Family Physicians (Aafp)* come una possibile strategia per contrastare il *burnout*. Ridere aiuta ad alleviare ansia e stress, sia nel medico sia nel paziente, consentendo un momentaneo distacco dalla malattia e dalle pressioni della professione. Del resto, che il sorriso possa avere un effetto benefico non è certo una scoperta recente: già Ippocrate attribuiva alla risata un ruolo favorevole nel processo di guarigione.

In Italia quasi un medico su due soffre di *burnout* a livelli tali da influenzare le prestazioni professionali. Le percentuali più elevate si registrano tra i Mmg e quelli dell'emergenza-urgenza. Sono professionisti costantemente in prima linea, chiamati a gestire rapidamente una grande varietà di situazioni cliniche e organizzative. La sindrome da *burnout* comporta esaurimento fisico ed emotivo, depersonalizzazione, cinismo e un progressivo calo della soddisfazione professionale.

Un quadro preoccupante

Tra gli studi più citati sul *burnout* dei Mmg resta quello dell'*European General Practice Research Network (Egprn)* (*Doi: 10.1093/fampra/cmn038*), che descrive un diffuso disagio tra i Mmg europei. Dai questionari raccolti in 12 Paesi emerge che il 43% soffre di esaurimento emotivo, il 35% di depersonalizzazione e il 32% di ridotta realizzazione personale; il 12% presenta livelli elevati in tutte e tre le dimensioni, con conseguente desiderio di lasciare la professione o anticipare il pensionamento, insieme a un maggiore ricorso ad antidepressivi, alcol e altre sostanze.

La difficoltà ad ammettere la propria vulnerabilità porta spesso i medici a trascurare la salute personale, con ripercussioni sul benessere individuale, sul rischio di errore professionale e sulla qualità dell'assistenza. A pesare sono anche fattori strutturali: burocrazia crescente, carichi amministrativi e modelli organizzativi che finiscono per comprimere l'attività clinica e indebolire il rapporto continuativo con le famiglie, storico punto di forza della medicina generale.

Da qui i consigli dell'associazione americana per recuperare equilibrio e benessere: coltivare relazioni con colleghi e pazienti, evitare reazioni impulsive, mantenere un equilibrio tra vita e lavoro, imparare a dire no e non vivere esclusivamente per la medicina.

L'ironia, dunque, non è una fuga dai problemi, ma può diventare una risorsa concreta. Una disposizione positiva favorisce il benessere del medico e dei pazienti, così come la capacità di fare rete tra colleghi. L'esperienza britannica mostra che la solidarietà professionale può funzionare; in Italia prevale invece spesso un approccio più individualista e centrato sul lavoro.

"*Medice, cura te ipsum*", per poter curare meglio gli altri.

Tecnologia e umanesimo
La sfida dell'IA in medicina

L'intelligenza artificiale può alleggerire il peso burocratico che oggi grava sui medici, migliorare diagnosi e prevenzione e rafforzare la medicina territoriale. Il suo impatto, però, dipenderà dalle scelte culturali e organizzative che accompagneranno l'innovazione. Antonio Giordano, direttore dello *Sbarro Institute for cancer research and molecular medicine* di Filadelfia e autore di un recente articolo a tema su Jama, riflette sul futuro della professione, sul valore insostituibile della relazione di cura e sulla necessità di una governance umana delle nuove tecnologie

A cura di **Nicola Miglino**

L'IA è spesso raccontata come una tecnologia destinata a rivoluzionare la medicina, fino a mettere in discussione il ruolo stesso del medico. Davvero è questo il futuro che ci attende? Secondo **Antonio Giordano**, fondatore e direttore dello *Sbarro Institute for cancer research and molecular medicine* di Filadelfia, professore di Biologia molecolare alla *Temple university* e ordinario di Anatomia e Istologia patologica all'Università di Siena, la questione va posta in termini diversi. In un articolo pubblicato su *Jama* (*Artificial intelligence is not the end of the physician - 2026 Maggio 26;335(20):1749-1750*), Giordano sostiene che l'intelligenza artificiale non rappresenti la fine della professione medica, bensì l'opportunità di liberarla da incombenze burocratiche e amministrative che negli ultimi decenni hanno progressivamente allontanato il medico dal paziente.

La vera sfida non riguarda quindi la sostituzione dell'uomo da parte della macchina, ma il modo in cui la tecnologia verrà integrata nei sistemi sanitari. Dalla medicina territoriale alla formazione universitaria, dalla *governance* degli algoritmi alle questioni etiche legate alla dignità della persona, il dibattito investe il futuro stesso della cura. In questa intervista Giordano riflette sui rischi e sulle opportunità dell'IA, delineando una prospettiva nella quale il progresso tecnologico può diventare il presupposto per una medicina più efficace, ma anche più umana.

Professore, nel suo articolo lei sostiene che l'intelligenza artificiale non rappresenti la fine del medico, ma il possibile ritorno del medico al letto del paziente. Quali condizioni devono verificarsi perché questo scenario si realizzi davvero?

"Perché l'IA non si traduca in una fredda automazione ma diventi il catalizzatore di un nuovo umanesimo medico, dovrebbero realizzarsi tre condizioni fondamentali. Innanzitutto, l'intelligenza artificiale potrebbe farsi carico della burocrazia ridondante, della compilazione delle cartelle cliniche e della gestione dei dati amministrativi, restituendo letteralmente ore preziose al contatto visivo e all'ascolto del paziente. In secondo luogo, i medici non dovrebbero subire la tecnologia ma governarla, comprendendone i limiti algoritmici e i potenziali *bias*. Infine, i medici e i paramedici potrebbero utilizzare il tempo risparmiato grazie all'IA per i pazienti già in carico, dedicandosi maggiormente alla comunicazione intesa come tempo di cura. E infatti, come abbiamo sostenuto nell'articolo pubblicato su Jama, il nodo decisivo non è la tecnologia in sé, ma il modo in cui verrà integrata nei sistemi sanitari".

UNA VITA TRA RICERCA, MEDICINA E SALUTE PUBBLICA

Antonio Giordano è medico, ricercatore e docente universitario, tra i maggiori esperti internazionali di oncologia molecolare. Professore Ordinario di Anatomia e Istologia Patologica all'Università di Siena e Professore di Biologia Molecolare alla Temple University di Philadelphia, nel 1994 ha fondato lo *Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine*, che tuttora dirige. Autore di oltre 750 pubblicazioni scientifiche e di numerosi brevetti, ha contribuito in modo significativo alla comprensione dei meccanismi genetici del cancro e allo sviluppo di nuove strategie terapeutiche. Per il suo impegno nella ricerca e nella salute pubblica è stato insignito delle onorificenze di Cavaliere e Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

La Sbarro health research organization è presente con i suoi programmi anche sul territorio italiano con sedi a Candiolo, Roma e Napoli.

I dati mostrano che alcuni *chatbot* vengono percepiti come più empatici dei medici. Questo risultato parla più dei progressi dell'IA o delle difficoltà che la professione medica sta attraversando?

“Questo dato è uno specchio spietato che fotografa soprattutto il dramma della medicina moderna. Da un lato, l'IA eccelle nella simulazione della pazienza: un algoritmo non è stanco, non ha fretta, non ha turni di notte alle spalle e può rispondere con un linguaggio calibrato per essere rassicurante. Dall'altro, evidenzia il cortocircuito di una professione medica ridotta allo stremo da ritmi insostenibili. Se un paziente percepisce una macchina come più empatica, significa che abbiamo costretto il medico a comportarsi come un computer, focalizzato sulla compilazione dei dati e privato dello spazio necessario per l'ascolto.
La macchina non è davvero empatica; è la nostra sanità che è diventata troppo rigida. Come evidenziato nel nostro articolo, questo fenomeno non rappresenta il trionfo della macchina, ma il sintomo di una crisi organizzativa della medicina contemporanea. L'algoritmo non prova empatia: semplicemente non è sottoposto alle pressioni e ai vincoli che oggi limitano la capacità relazionale del medico”.

Lei descrive la progressiva “espulsione” del medico dalla relazione di cura a causa di incombenze amministrative. Qual è stato, a suo avviso, il momento in cui la medicina ha iniziato ad allontanarsi dal paziente?

“La frattura è iniziata tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila, con l'introduzione massiccia della cosiddetta aziendalizzazione della sanità e con una digitalizzazione della burocrazia clinica, spesso priva di una reale finalità assistenziale. Quando il successo di un reparto o di un professionista ha iniziato a essere misurato prevalentemente attraverso indicatori di *performance* economica, Drg e ottimizzazione dei costi, l'asse si è progressivamente spostato. Il medico, più che guardare il paziente negli occhi, ha diretto lo sguardo allo schermo del computer, trasformandosi progressivamente in un inseritore di dati e in un difensore d'ufficio all'interno della medicina difensiva”.

Quale ruolo immagina per il medico di famiglia in un sistema sanitario sempre più supportato dall'intelligenza artificiale?

“Il medico di medicina generale dovrebbe diventare il vero timoniere della salute del paziente. In un futuro prossimo, i cittadini disporranno di dispositivi

indossabili in grado di monitorare costantemente i parametri vitali e di individuare precocemente possibili anomalie grazie all'IA. Il medico di famiglia non solo prescriverà farmaci e interpretarà singoli esami di laboratorio, ma decodificherà la complessità dei dati predittivi generati dalle macchine, contestualizzandoli nella realtà biologica, psicologica e sociale dello specifico individuo. In questo scenario, la medicina territoriale assumerà un ruolo ancora più strategico. L'assistenza domiciliare, la telemedicina e le reti integrate tra ospedale e territorio costituiranno l'infrastruttura attraverso cui l'innovazione tecnologica potrà tradursi concretamente in salute pubblica. In quest'ottica, le principali riforme sanitarie in corso in Europa, Nord America e Asia stanno progressivamente spostando il baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio. In questo contesto, il medico di medicina generale è destinato a diventare il principale integratore tra innovazione tecnologica, prevenzione, continuità assistenziale e personalizzazione delle cure. L'obiettivo non è più una medicina prevalentemente reattiva, che interviene quando la malattia è ormai conclamata, ma una medicina predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa. In questo nuovo paradigma, il medico di famiglia garantirà continuità assistenziale, interpretazione critica e coordinamento delle decisioni supportate dagli algoritmi ”.

Molti temono che l'IA possa sostituire il giudizio clinico. Quali aspetti della professione medica ritiene invece intrinsecamente non delegabili a una macchina?

“ Esistono dimensioni umane che sfuggono alla logica computazionale e che rimarranno un baluardo esclusivo del medico. Penso anzitutto all'intuizione clinica e alla gestione dell'incertezza, cioè alla capacità di collegare dettagli apparentemente scollegati e di riconoscere situazioni che non rispondono a rigidi *pattern* statistici. Penso poi al valore della visita e del contatto fisico, all'atto semiotico della palpazione e dell'esame obiettivo, che conserva una funzione diagnostica, relazionale e terapeutica insostituibile. Infine, vi è la dimensione etica della decisione: la macchina può calcolare probabilità e percentuali di successo, ma non può condividere il dolore di una prognosi infausta né scegliere, insieme al paziente, quando è il momento di fermarsi nel rispetto della dignità della vita. Paradossalmente, più l'intelligenza artificiale diventerà accurata sul piano tecnico, più emergerà il valore delle competenze esclusivamente umane del medico. L'obiettivo non deve essere imitare il medico, ma valorizzare ciò che nessun algoritmo possiede: discernimento morale, comprensione del contesto umano e responsabilità della decisione ”.

Nel vostro articolo parlate della necessità di una "*governance* clinica" dell'IA. Come dovrebbe essere organizzata concretamente e quale ruolo dovrebbero avere i medici in questo processo?

“ La *governance* clinica non può essere lasciata esclusivamente nelle mani delle grandi aziende tecnologiche o dei *manager* amministrativi. Deve essere strutturata attraverso comitati multidisciplinari permanenti all'interno degli ospedali e delle università, composti da clinici, bioeticisti, ingegneri biomedici, esperti di dati e rappresentanti dei pazienti. Il ruolo dei medici deve essere centrale nella fase di validazione. I clinici devono certificare che gli algoritmi rispondano a reali esigenze di salute, vigilare sulla trasparenza dei dati di addestramento e mantenere sempre l'ultima parola secondo il principio dell'*human-in-the-loop*. Nessuna raccomandazione generata dall'IA dovrebbe diventare vincolante senza il vaglio critico dell'esperienza medica. Questa esigenza è oggi condivisa a livello globale. Dall'*European AI Act* alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità emerge un principio comune: l'intelligenza artificiale in medicina deve rimanere sotto una qualificata supervisione umana ”.

Esiste il rischio che l'IA venga utilizzata soprattutto per aumentare produttività e volumi di attività, anziché per migliorare la qualità della relazione con il paziente?

“ Questo rischio è altissimo ed è probabilmente la principale minaccia etica che l'IA porta con sé in medicina. Se la logica dominante rimarrà quella del profitto o del semplice contenimento dei costi, l'IA verrà utilizzata come una catena di montaggio: diagnosticare più velocemente per liquidare il paziente in pochi minuti. Se l'IA dimezzerà i tempi tecnici necessari per

la lettura di una mammografia o di una risonanza magnetica, quei minuti guadagnati non dovranno tradursi in nuovi esami accumulati in serie, ma essere destinati a migliorare la qualità dell'assistenza e della comunicazione clinica. In definitiva, l'IA può essere impiegata per industrializzare ulteriormente la medicina oppure per migliorarne la qualità. La differenza dipenderà dalle scelte culturali, organizzative e politiche che compiremo nei prossimi anni ".

Quali cambiamenti dovrebbe introdurre oggi la formazione medica per preparare i futuri professionisti a lavorare accanto all'intelligenza artificiale?

" L'università dovrebbe attuare una vera rivoluzione copernicana. Accanto alle discipline tradizionali, la formazione medica dovrebbe includere l'insegnamento delle scienze dei dati, della biostatistica avanzata e dei principi di funzionamento dell'intelligenza artificiale, affinché i futuri medici siano in grado di dialogare efficacemente con ingegneri, informatici e sviluppatori. Allo stesso tempo, però, occorre un massiccio potenziamento delle *medical humanities*: bioetica, comunicazione medico-paziente, psicologia clinica, sociologia della salute e filosofia della scienza. In tutto il mondo le principali scuole mediche stanno introducendo percorsi dedicati all'intelligenza artificiale, alla medicina computazionale e alla gestione dei *big data*. La vera sfida sarà integrare competenze digitali avanzate con una solida formazione umanistica, evitando che il progresso tecnologico impoverisca la relazione di cura ".

Nell'enciclica *Magnifica Humanitas*, Papa Leone XIV richiama il rischio che le nuove tecnologie riducano la persona a dati, prestazioni ed efficienza, ribadendo la centralità della dignità umana e della relazione. Ritiene che questa prospettiva possa offrire un contributo utile al dibattito contemporaneo sull'intelligenza artificiale in medicina e, in particolare, sul futuro del rapporto medico-paziente?

" La riflessione di Papa Leone XIV coglie perfettamente il cuore del problema contemporaneo. Il richiamo della *Magnifica Humanitas* contro la riduzione della persona a mero dato o a indice di efficienza rappresenta un monito filosofico e pragmatico di straordinario valore per la comunità scientifica. In medicina, l'iperframmentazione dei dati rischia di farci perdere di vista l'interezza dell'essere umano. Un malato non è la somma dei suoi biomarcatori o delle sue immagini radiologiche elaborate da un *software*; è una biografia, una storia di sofferenza e di speranza. L'enciclica ci offre, quindi, una bussola etica fondamentale per ricordare che l'efficienza è un mezzo, mentre la dignità e la cura della persona rimangono l'unico fine legittimo della scienza medica ".

Se dovesse lasciare un messaggio a un giovane che sta per intraprendere la professione medica, quale motivo gli darebbe per scegliere ancora di diventare medico nell'era dell'intelligenza artificiale?

" Gli direi di non avere paura della tecnologia, perché l'intelligenza artificiale renderà la medicina scientificamente più precisa ma, proprio per questo, richiederà professionisti umanamente ancora più profondi. La medicina sta entrando in una delle trasformazioni più importanti della sua storia. L'IA cambierà il modo di formulare diagnosi, interpretare immagini, analizzare dati e organizzare percorsi assistenziali. Tuttavia, proprio perché molte attività tecniche saranno progressivamente automatizzate, il valore del medico non diminuirà: cambierà. Il medico del futuro sarà meno burocrate e più guida; meno compilatore di dati e più interprete della complessità umana; meno esecutore di procedure e più custode della relazione terapeutica.
La vera domanda non è se l'IA possa diventare simile a un medico, ma quale ruolo resterà centrale quando le macchine saranno sempre più competenti sul piano tecnico. La risposta è semplice: tutto ciò che riguarda il significato umano della malattia, della cura e delle decisioni difficili. L'intelligenza artificiale potrà elaborare miliardi di dati in pochi secondi, ma non potrà mai stringere la mano di un paziente terrorizzato, comprendere fino in fondo il significato di uno sguardo, condividere il peso di una scelta difficile o provare la gioia autentica della guarigione. Esiste un mistero profondo nella sofferenza e nella cura che solo un altro essere umano può accogliere. Diventare medico significa scegliere di essere quella presenza umana insostituibile ".

Malattie genetiche del rene
I sospetti nella pratica della Mg

Si tratta di patologie che rappresentano una causa sempre più riconosciuta di malattia renale cronica sia in età pediatrica che nell'adulto. Il Mmg riveste un ruolo fondamentale nell'identificazione dei pazienti a rischio, attraverso il riconoscimento di specifici segnali clinici e la raccolta di un'accurata anamnesi familiare

Nicola Lepori
Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica- Università degli Studi di Cagliari
Sc Nefrologia, Dialisi e Trapianto - Arnas "G. Brotzu", Cagliari

Le malattie genetiche del rene comprendono un gruppo eterogeneo di condizioni causate da alterazioni di geni coinvolti nello sviluppo, nella struttura e nella funzione dell'apparato urinario. Per molti anni tali patologie sono state considerate rare e prevalentemente di interesse pediatrico; tuttavia, i progressi della genetica molecolare hanno profondamente modificato questa visione.
L'introduzione delle tecnologie di sequenziamento di nuova generazione (*Next generation sequencing*, Ngs) ha infatti permesso di identificare una causa genetica in una quota significativa di pazienti adulti affetti da malattia renale cronica (Mrc) precedentemente definita "indeterminata". In numerose casistiche internazionali, una diagnosi molecolare viene oggi raggiunta nel 10-20% dei soggetti con nefropatia cronica sottoposti a indagine genetica mirata.
L'identificazione dell'eziologia genetica non rappresenta soltanto un avanzamento diagnostico. Essa può influenzare la prognosi, orientare il monitoraggio clinico, consentire la consulenza genetica e lo *screening* familiare e, in alcuni casi, modificare direttamente le strategie terapeutiche. In questo contesto il Mmg occupa una posizione privilegiata per il riconoscimento precoce dei pazienti potenzialmente affetti da una nefropatia ereditaria.

TABELLA 1

***Red flag* per sospetto clinico di patologia genetica del rene**

Situazione clinica	Elementi da ricercare
Familiarità per malattia renale	Parenti con insufficienza renale cronica, dialisi, trapianto renale, ematuria o proteinuria persistenti
Esordio precoce della nefropatia	Alterazioni urinarie o riduzione del filtrato glomerulare prima dei 40 anni
Malattia renale cronica di origine sconosciuta	Assenza di diabete, ipertensione severa o altre cause note
Ematuria persistente	Soprattutto se presente in più membri della famiglia
Proteinuria persistente	In particolare se associata a familiarità positiva
Manifestazioni extrarenali	Ipoacusia, alterazioni oculari, cardiomiopatia, neuropatia, cisti epatiche
Gotta o iperuricemia precoce	Possibile nefropatia tubulo-interstiziale ereditaria
Cisti renali multiple	Soprattutto in presenza di familiarità positiva
Sindrome nefrosica resistente ai trattamenti	Possibile podocitopatia genetica
Storia familiare di morte prematura per causa renale non definita	Elemento spesso sottostimato ma altamente suggestivo

Quando sospettare una malattia genetica del rene

La raccolta dell'anamnesi familiare rappresenta il primo e più importante strumento diagnostico. La presenza di parenti affetti da insufficienza renale cronica, sottoposti a dialisi o trapianto, oppure con ematuria o proteinuria persistenti, deve sempre far considerare una possibile origine ereditaria della malattia (*tabella 1*).

Un ulteriore elemento di sospetto è costituito dall'esordio precoce della nefropatia. La comparsa di alterazioni urinarie o di riduzione della funzione renale in età pediatrica, adolescenziale o nella giovane età adulta richiede un approfondimento specialistico, soprattutto in assenza di fattori di rischio tradizionali quali diabete, ipertensione arteriosa di lunga durata o malattie autoimmuni.
Particolare attenzione meritano i pazienti classificati come affetti da "nefropatia indeterminata" o "nefroangiosclerosi" in età relativamente giovane. Studi recenti hanno dimostrato che una quota non trascurabile di questi soggetti presenta in realtà una malattia genetica non precedentemente riconosciuta.
Infine, la presenza di manifestazioni extrarenali può fornire importanti indizi diagnostici. Ipoacusia neurosensoriale, alterazioni oculari, cardiomiopatie, cisti epatiche, gotta precoce, neuropatie periferiche e anomalie scheletriche possono essere parte integrante di specifiche sindromi genetiche.

Le principali malattie genetiche del rene

Le più importanti sono schematizzate in *tabella 2*.

• Malattia policistica renale autosomica dominante

La malattia policistica renale autosomica dominante (Aspkd) è la più frequente nefropatia ereditaria, con una prevalenza stimata di circa 1 caso ogni 1.000 individui. È causata principalmente da mutazioni dei geni *Pkd1* e *Pkd2* e si caratterizza per la formazione progressiva di cisti renali bilaterali.
Le manifestazioni cliniche comprendono **ipertensione arteriosa, dolore lombare, macroematuria e progressiva riduzione della funzione renale**. Possono inoltre essere presenti **cisti epatiche**, **aneurismi** intracranici e altre manifestazioni extrarenali.
Per il Mmg, il riscontro ecografico di cisti renali multiple in un soggetto con storia familiare positiva rappresenta il principale elemento di sospetto. La diagnosi precoce assume oggi particolare rilevanza poiché sono disponibili trattamenti in grado di rallentare la progressione della malattia nei pazienti selezionati.

• Sindrome di Alport e nefropatie correlate al collagene IV

La sindrome di Alport è causata da mutazioni dei geni *Col4A3*, *Col4A4* e *Col4A5*, responsabili della sintesi del collagene di tipo IV, componente fondamentale della membrana basale glomerulare.
La manifestazione clinica più frequente è rappresentata dall'**ematuria persistente**, spesso presente fin dall'infanzia. Con il tempo possono comparire **proteinuria, progressiva riduzione della funzione renale, ipoacusia neurosensoriale e alterazioni oculari**.
Oggi si riconosce che le mutazioni dei geni del collagene IV determinano uno spettro clinico molto ampio, che va dalla semplice ematuria familiare benigna fino alle forme classiche di sindrome di Alport con progressione verso l'insufficienza renale terminale.
La combinazione di ematuria persistente, familiarità positiva e ipoacusia rappresenta un quadro altamente suggestivo.

• Malattia di Fabry

È una malattia lisosomiale legata al cromosoma X dovuta al *deficit* dell'enzima alfa-galattosidasi A. L'accumulo progressivo di glicosfingolipidi determina un coinvolgimento multisistemico.
Dal punto di vista nefrologico, la malattia si manifesta con **proteinuria e progressiva riduzione del filtrato glomerulare**. Possono inoltre essere presenti **dolore neuropatico, angiocheratomi cutanei, cardio-**

TABELLA 2

Principali patologie genetiche del rene

Patologia	Gene/i principali	Manifestazione renale predominante	Manifestazioni extrarenali
Malattia policistica autosomica dominante	Pkd1, Pkd2	Cisti renali, progressiva Mrc	Cisti epatiche, aneurismi intracranici
Sindrome di Alport	Col4A3, Col4A4, Col4A5	Ematuria, proteinuria, Mrc	Ipoacusia, alterazioni oculari
Malattia di Fabry	Gla	Proteinuria, Mrc	Angiocheratomi, neuropatia, cardiomiopatia
Adtkd	Umod, Muc1, Ren	Mrc con sedimento urinario povero	Gotta, iperuricemia
Podocitopatie genetiche	Nphs1, Nphs2, Inf2, Actn4 e altri	Proteinuria, sindrome nefrosica, Fsgs	Generalmente assenti
Nefronoftisi	Nphp genes	Poliuria, progressiva insufficienza renale	Variabile coinvolgimento epatico, neurologico e oculare

Adtkd: malattie tubulo-interstiziali autosomiche dominanti; Fsgs: glomerulosclerosi segmentaria e focale; Gla: enzima alfa-galattosidasi A

miopatia ipertrofica e aumentato rischio cerebrovascolare.
La diagnosi precoce è particolarmente importante poiché sono disponibili terapie specifiche in grado di rallentare la progressione della malattia.

• Malattie tubulo-interstiziali autosomiche dominanti

Le nefropatie tubulo-interstiziali autosomiche dominanti (**Adtkd**) comprendono un gruppo di malattie causate da mutazioni di geni quali Umod, Muc1 e Ren.
Si caratterizzano per un **progressivo deterioramento della funzione renale associato a sedimento urinario** generalmente poco significativo. Le forme correlate a Umod si associano frequentemente a **iperuricemia e gotta a esordio precoce**.
La presenza di insufficienza renale cronica familiare associata a iperuricemia deve orientare verso questa possibilità diagnostica.

• Podocitopatie genetiche

Numerose mutazioni genetiche possono alterare la funzione dei podociti, cellule essenziali della barriera di filtrazione glomerulare. Tali alterazioni possono manifestarsi con **proteinuria persistente, sindrome nefrosica o glomerulosclerosi focale segmentaria**.
L'identificazione di una causa genetica assume particolare importanza poiché molte di queste forme non rispondono alle terapie immunosoppressive convenzionali e richiedono un approccio clinico differente.

Chi può beneficiare di una valutazione genetica?

Le attuali raccomandazioni suggeriscono di considerare una valutazione genetica nei **pazienti con Mrc di origine sconosciuta, soprattutto se associata a esordio precoce, storia familiare positiva o manifestazioni extrarenali suggestive**.
Particolare attenzione deve essere riservata ai soggetti con **ematuria familiare persistente, glomerulosclerosi focale segmentaria apparentemente idiopatica, nefropatie tubulo-interstiziali familiari e malattie cistiche renali**.
Il ruolo del Mmg non consiste generalmente nella richiesta diretta del *test* genetico, ma nell'identificazione dei pazienti che meritano una valutazione specialistica nefrologica e genetica.

Dalla diagnosi genetica alla medicina di precisione

L'identificazione della variante genetica responsabile non possiede soltanto un valore diagnostico. In alcune condizioni, come la malattia policistica autosomica dominante e la malattia di Fabry, la diagnosi molecolare può influenzare direttamente le strategie terapeutiche e il monitoraggio clinico. Nelle glomerulopatie ereditarie, inoltre, la conferma di una causa genetica può evitare l'impiego di trattamenti immunosoppressivi inefficaci e potenzialmente gravati da effetti collaterali significativi. La diagnosi genetica consente inoltre di identificare precocemente i familiari a rischio, favorendo programmi di sorveglianza e interventi preventivi prima dello sviluppo di un danno renale avanzato.

Conclusioni

Le malattie genetiche del rene rappresentano una causa sempre più riconosciuta di malattia renale cronica. Il loro riconoscimento precoce è fondamentale per definire l'eziologia della nefropatia, migliorare la gestione clinica e consentire l'identificazione dei familiari a rischio.
Il Mmg svolge un ruolo centrale in questo percorso. Un'attenta raccolta dell'anamnesi familiare, associata al riconoscimento delle principali caratteristiche cliniche suggestive, può consentire un invio tempestivo allo specialista e favorire una diagnosi precoce.
Nell'era della medicina di precisione, la genetica non rappresenta più soltanto uno strumento di conferma diagnostica, ma una risorsa in grado di influenzare prognosi, strategie terapeutiche e programmi di prevenzione familiare. La conoscenza delle principali nefropatie ereditarie costituisce pertanto una competenza sempre più rilevante anche nella pratica della medicina generale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Groopman EE, et al. Diagnostic utility of exome sequencing for kidney disease. *N Eng J Med* 2019; 380: 142-51.
2. Lata S, et al. Whole-exome sequencing in adults with chronic kidney disease: a pilot study. *Ann Intern Med* 2018; 168: 100-9.
3. Connaughton DM, Hildebrandt F. Personalized medicine in chronic kidney disease by detection of monogenic mutations. *Nephrol Dial Transplant* 2020; 35: 390-7.
4. Eckardt KU, et al. Autosomal dominant tubulointerstitial kidney disease: diagnosis, classification and management. *Kidney Int* 2015; 88: 676-83.
5. Kashtan CE, et al. Clinical practice recommendations for the diagnosis and management of Alport syndrome. *Kidney Int* 2013; 84: 850-9.
6. Chebib FT, Torres VE. Autosomal dominant polycystic kidney disease: core curriculum 2024. *Am J Kidney Dis* 2024.
7. Germain DP. Fabry disease. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2010; 5:30.
8. Vivante A, Hildebrandt F. Exploring the genetic basis of early-onset chronic kidney disease. *Nature Rev Nephrol* 2016; 12: 133-46.
9. KDIGO Controversies Conference on Genetics in CKD. Genetics in chronic kidney disease: conclusions from a KDIGO Controversies Conference. KDIGO. 2022.
10. Torra R, et al. Genetic kidney diseases as an emerging cause of chronic kidney disease. *Clin Kidney J* 2024; 17(Suppl 2): ii1-ii12.

Appropriatezza prescrittiva delle benzodiazepine

Gianluca Trifirò, Ordinario di Farmacologia all'Università di Verona, analizza indicazioni appropriate, differenze tra le diverse molecole, rischi dell'uso cronico, interazioni farmacologiche, gestione del paziente anziano e strategie di deprescrizione per prevenire tolleranza, dipendenza e sindromi da astinenza

di **Nicola Miglino**
con la collaborazione di **Salvatore Crisafulli**
Ricercatore con Tenure Track di Farmacologia, Dipartimento di Diagnostica e sanità pubblica - Università di Verona

Le benzodiazepine sono tra i farmaci più prescritti nella pratica clinica e continuano a rappresentare uno strumento terapeutico efficace per il controllo di sintomi acuti quali ansia, attacchi di panico e insonnia grave. Tuttavia, il loro utilizzo è da tempo al centro dell'attenzione della comunità scientifica per il rischio di tolleranza, dipendenza, declino cognitivo e altri eventi avversi associati ai trattamenti prolungati.

In medicina generale, la sfida non riguarda soltanto la scelta della molecola più appropriata, ma soprattutto la corretta definizione delle indicazioni, della durata della terapia e delle modalità di sospensione. **Una prescrizione appropriata** richiede infatti una valutazione attenta delle caratteristiche del paziente, delle possibili interazioni farmacologiche e del rapporto tra benefici attesi e rischi nel medio-lungo periodo.

Per approfondire questi aspetti abbiamo intervistato **Gianluca Trifirò**, Professore Ordinario di Farmacologia presso il Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica dell'Università di Verona, che offre una lettura aggiornata delle evidenze disponibili e indicazioni pratiche per una gestione sicura e razionale delle benzodiazepine nella medicina territoriale.

Prof. Trifirò, quali sono oggi le indicazioni realmente appropriate all'uso delle benzodiazepine in medicina generale?

“Sono circoscritte principalmente al trattamento a breve termine di sindromi acute e reattive, quali disturbi d'ansia e attacchi di panico, dell'insonnia grave e degli spasmi muscolari severi. Le benzodiazepine sono **adatte per terapie strettamente sintomatiche e di breve durata**, massimo 4 settimane per l'insonnia e 8-12 settimane per i disturbi d'ansia, mentre deve essere evitato un trattamento cronico che può essere invece riservato, in base alla patologia psichiatrica da trattare, ad altri psicofarmaci quali antipsicotici ed antidepressivi, eventualmente associati a interventi psicoterapeutici strutturati. Il compito più complesso e delicato del medico di Medicina generale è soprattutto la rigorosa gestione del limite temporale e la programmazione della *deprescrizione* delle benzodiazepine fin dal primo giorno di terapia”.

Dal punto di vista farmacologico, perché l'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere limitato nel tempo?

“L'uso prolungato delle benzodiazepine innesca **processi di neuroadattamento**: la continua stimolazione allosterica dei recettori Gaba-A provoca una *down-regulation* recettoriale, ovvero una diminuzione del numero di recettori o dell'affinità recettoriale. Questo meccanismo cellulare si traduce clinicamente nello sviluppo di tolleranza, fenomeno per cui sono richieste dosi sempre crescenti di farmaco per ottenere lo stesso effetto terapeutico, e di dipendenza fisica e psicologica. Oltre le quattro settimane, l'efficacia clinica originaria diminuisce, mentre permane il rischio di effetti avversi cognitivi e psicomotori. Inoltre, la dipendenza può determinare sindromi di astinenza in caso di brusca sospensione del trattamento”.

UN RIFERIMENTO NELLA FARMACOLOGIA CLINICA

Gianluca Trifirò è Professore Ordinario di Farmacologia e farmacologo clinico presso l'Università e l'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona, dove coordina il servizio di *medication review e deprescribing*. Specialista in Farmacologia clinica, ha conseguito un Master of Science in clinical epidemiology e un PhD in Farmacoepidemiologia presso l'Erasmus medical center di Rotterdam. È direttore del Master di II livello in Farmacovigilanza, Farmacoepidemiologia, Farmacoeconomia & Real World Evidence dell'Università di Verona. Autore di oltre 350 pubblicazioni scientifiche internazionali, svolge attività di ricerca nell'ambito della farmacovigilanza, della farmacoepidemiologia e della sicurezza dei farmaci.

Quali differenze tra le varie benzodiazepine hanno un impatto concreto sulla scelta del farmaco?

"I parametri farmacocinetici e farmacodinamici delle benzodiazepine guidano la scelta prescrittiva. Dal punto di vista farmacodinamico, questi farmaci possono differire in termini di potenza e di persistenza del legame al recettore. Tuttavia, sono le differenze farmacocinetiche a guidare maggiormente la scelta del farmaco e, in primo luogo, l'emivita e il tipo di metabolismo. Questi fattori comportano implicazioni cliniche differenti, che potranno aiutare il prescrittore nella scelta della molecola. **Le molecole a emivita lunga** e che generano metaboliti attivi soggetti ad accumulo garantiscono una copertura ansiolitica costante e minor rischio di *rebound*, ma espongono a sedazione diurna prolungata, fenomeno definito *hangover*. Per tale motivo sono indicate nel trattamento di disturbi d'ansia. **Le molecole a emivita breve-intermedia** sono invece prevalentemente indicate per la gestione dell'insonnia poiché hanno un ridotto effetto *hangover* che limita la qualità di vita del paziente trattato anche al di fuori del periodo del sonno".

Come dovrebbe orientarsi un medico di famiglia nella scelta della molecola in un paziente anziano?

"Nei pazienti anziani si riduce il metabolismo epatico di fase I e aumenta il volume di distribuzione per i farmaci lipofili a causa dell'incremento della massa grassa, prolungandone l'emivita e causando un'eccessiva depressione del sistema nervoso centrale, con aumentato rischio di declino cognitivo, *delirium*, cadute e fratture. **La scelta d'elezione**, pertanto, ricade sulle benzodiazepine che vengono metabolizzate solo per reazioni di coniugazione - fase II - quali lorazepam, oxazepam e temazepam. A causa delle suddette variazioni farmacocinetiche, è opportuno iniziare la terapia con benzodiazepine negli anziani utilizzando un terzo della dose ottimale e monitorare gli effetti cognitivi e la sedazione. Una raccomandazione importante rimane quello di evitare utilizzi prolungati".

Quali sono i principali rischi associati all'uso cronico e quali meccanismi li spiegano?

"Tra i principali rischi associati all'uso cronico di benzodiazepine rientrano il declino cognitivo e psicomotorio, stanchezza, sedazione residua, instabilità posturale con rischio di cadute, e amnesia anterograda. Dal punto di vista farmacodinamico, **l'iperattivazione cronica del sistema inibitorio Gabaergico** altera i circuiti di neuroplasticità corticale e ippocampale, interferendo con i normali processi di consolidamento della memoria. A ciò si aggiunge, come detto in precedenza, il rischio di sviluppare dipendenza fisica che aumenta all'aumentare delle dosi e delle durate di somministrazione di tali farmaci con conseguente aumento del rischio di sindrome di astinenza in caso di troppo rapida sospensione della terapia con tali psicofarmaci".

Dopo quanto tempo iniziano a svilupparsi tolleranza e dipendenza e da cosa dipendono?

“La tolleranza all’effetto ipnotico si sviluppa molto rapidamente, spesso in un arco di tempo che può andare da due a quattro settimane, mentre quella agli effetti ansiolitici può richiedere alcuni mesi. **La dipendenza fisica** può invece instaurarsi in modo significativo già dopo 3-4 settimane di assunzione quotidiana ininterrotta e il rischio è maggiore in caso di dosaggi elevati e terapie prolungate nel tempo. Questi fenomeni sono dose-dipendenti e strettamente legati alla potenza e alla cinetica della molecola: benzodiazepine ad alta potenza e a breve emivita, come l’alprazolam o il lorazepam, tendono a indurre dipendenza più rapidamente e a generare sintomi da *craving* inter-dose per la loro rapida dissociazione dal recettore”.

Quali interazioni farmacologiche sono più rilevanti e potenzialmente pericolose nella pratica territoriale?

“Una delle interazioni clinicamente più rilevanti delle benzodiazepine è l’assunzione concomitante di **farmaci deprimenti del sistema nervoso centrale**, come oppioidi, barbiturici, antipsicotici, ipnotici/sedativi, ansiolitici, antidepressivi, analgesici narcotici, antiepilettici, anestetici e antistaminici di prima generazione. In particolare, l’uso concomitante di oppioidi, soprattutto quelli forti e ad alto dosaggio, produce una grave sinergia deprimente sui centri respiratori bulbari, che può portare fino a coma e morte. Ugualmente pericoloso è il **sinergismo con l’alcol** che non dovrebbe essere assunto durante il corso di terapia con benzodiazepine. Sul piano farmacocinetico, gli inibitori del Cyp3A4 bloccano il metabolismo epatico di fase I delle benzodiazepine ossidate, così da poterne determinare un aumento dei livelli plasmatici con relativo incremento della possibile tossicità”.

Qual è il razionale farmacologico alla base della sospensione graduale?

“La sospensione graduale, o *tapering*, è necessaria per permettere il ripristino dell’omeostasi recettoriale. A causa della *down-regulation* dei recettori Gaba-A indotta dall’uso cronico di benzodiazepine, una brusca interruzione lascia il sistema nervoso ipereccitabile di fronte ai normali livelli di glutammato. Questo squilibrio eccitatorio/inibitorio causa la **sindrome da astinenza**, caratterizzata da insonnia grave, ansia di rimbalzo, tachicardia, fino a crisi convulsive. Una riduzione iperbolica, con intervalli di 2-4 settimane consente una progressiva *up-regulation* dei recettori, minimizzando il rischio di rimbalzi sintomatologici e/o fenomeni di astinenza”.

In quali pazienti o condizioni cliniche le benzodiazepine dovrebbero essere evitate o usate con particolare cautela?

“A causa della loro azione miorilassante, le benzodiazepine sono controindicate in pazienti con *miastenia gravis*, sindrome delle apnee ostruttive del sonno e nell’insufficienza respiratoria grave. Inoltre, vanno evitate anche in pazienti con gravi insufficienze epatiche, in quanto possono aumentare il rischio di encefalopatia, e in pazienti con glaucoma ad angolo stretto, a causa della loro capacità di determinare midriasi e conseguente aumento della pressione intraoculare. **Questi farmaci non devono essere usati durante la gravidanza** perché, soprattutto nel primo trimestre, aumentano il rischio di malformazioni congenite, mentre neonati nati da madri che hanno assunto benzodiazepine cronicamente durante le fasi avanzate della gravidanza possono sviluppare dipendenza fisica e possono presentare un certo rischio di sviluppare i sintomi di astinenza nel periodo postnatale”.

Quali sono, dal punto di vista farmacologico, gli errori più frequenti nella prescrizione delle benzodiazepine che un medico di famiglia dovrebbe evitare?

“Dal punto di vista farmacologico, l’errore principale è il **rinnovo automatico della prescrizione** senza una rivalutazione periodica del rapporto rischio-beneficio del farmaco. Altre criticità frequenti includono: la scelta di molecole a emivita breve per l’ansia generalizzata, che innesca rapida tolleranza e ansia *rebound* inter-dose; il mancato aggiustamento posologico nell’anziano, a causa della ridotta *clearance* epatica e renale, che lo espone a sedazione eccessiva, declino cognitivo e cadute. Infine, costituisce un errore l’uso cronico senza pianificare fin dall’inizio una strategia di *deprescribing* iperbolico per prevenire la sindrome da astinenza”.

Pancreas metastatico: sopravvivenza quasi raddoppiata con nuovo farmaco

Dati di fase 3, presentati all'ultimo congresso annuale Asco, aprono a nuove speranze terapeutiche, con le potenzialità di costituire un nuovo standard di cura nei pazienti con Ca pancreatico metastatico precedentemente trattato

Durante il *meeting* annuale dell'*American Society of Clinical Oncology (Asco)*, sono state presentate diverse ricerche che potrebbero cambiare l'approccio terapeutico di alcune forme tumorali, delineando nuove prospettive per il futuro. Una su tutte, a balzare anche agli onori delle cronache, i dati di fase 3 dello studio **RASolute 302**, che hanno mostrato come un nuovo farmaco, il **daraxonrasib**, un inibitore multiselettivo di Ras(On), sia stato in grado di raddoppiare la sopravvivenza nei pazienti con carcinoma pancreatico metastatico precedentemente trattato. I risultati sono stati anche pubblicati sul *New England Medical Journal*.

Lo studio

Il cancro del pancreas è tra le neoplasie più letali e la chemioterapia *standard* offre solo benefici limitati una volta fallito il trattamento di prima linea, con una sopravvivenza globale mediana di 6-7 mesi. Le mutazioni attivanti di Ras sono responsabili di oltre il 90% dei tumori del pancreas, ma nessuna terapia mirata è stata finora approvata per questa patologia.
Lo studio **RASolute 302**, randomizzato, in aperto, di fase 3, ha arruolato 500 pazienti in 59 centri di sei paesi. I pazienti adulti eleggibili presentavano **adenocarcinoma pancreatico metastatico** e avevano ricevuto una precedente linea di chemioterapia per la malattia metastatica. L'arruolamento era aperto indipendentemente dallo stato di mutazione Ras.
I partecipanti sono stati randomizzati in rapporto 1:1 per ricevere daraxonrasib 300 mg per via orale una volta al giorno oppure uno dei quattro regimi chemioterapici standard a discrezione dello sperimentatore. I due endpoint primari erano la sopravvivenza globale e la sopravvivenza libera da progressione, valutate da un comitato centrale indipendente in cieco, nella popolazione Ras G12.

Un importante progresso

La sopravvivenza globale mediana è quasi raddoppiata, raggiungendo i 13.2 mesi con daraxonrasib rispetto ai 6.6 mesi ($p < 0.0001$) con la chemioterapia nei pazienti con mutazioni Ras G12, la popolazione principale dello studio. Il beneficio si è mantenuto anche nella popolazione complessiva, che includeva pazienti con mutazioni Ras meno comuni o senza mutazioni identificate (sopravvivenza globale mediana: 13.2 mesi vs 6.7 mesi; $p < 0.0001$).
La **sopravvivenza libera da progressione** è risultata a favore di daraxonrasib sia nella popolazione Ras G12 sia nella popolazione complessiva. Il **tasso di risposta obiettiva** nella popolazione complessiva è stato del 31.6% con daraxonrasib rispetto all'11.2% con la chemioterapia.
Eventi avversi correlati al trattamento di grado 3 o superiore sono stati osservati nel 43.6% del gruppo trattato con daraxonrasib, rispetto al 57.5% del gruppo trattato con chemioterapia, mentre gli eventi avversi correlati al trattamento hanno portato all'interruzione del trattamento nell'1.2% dei casi e nell'11.2% dei casi, rispettivamente. Gli eventi avversi di grado 3 o superiore più comuni con daraxonrasib sono stati eruzione cutanea e stomatite.
Daraxonrasib ha inoltre prolungato il tempo alla progressione del dolore e dello stato di salute generale e della qualità della vita rispetto alla chemioterapia.
I risultati hanno sollevato molto scalpore nell'ambito del congresso, e la relatrice **Jennifer J. Knox**, MD, oncologa medica presso il *Princess Margaret Cancer Centre* di Toronto e professoressa all'Università di Toronto, ha affermato che la separazione tra le curve di sopravvivenza - che iniziava precocemente e si ampliava nel tempo - non aveva precedenti in questa patologia, sottolineando anche come i risultati provengano dalla prima analisi intermedia, con un *follow-up* mediano di 8.5 mesi. Secondo gli autori, nel complesso, i risultati **supportano l'utilizzo di daraxonrasib come nuovo standard di cura per il carcinoma pancreatico metastatico precedentemente trattato**.

- *https://www.ccjm.org/page/asco-2026/daraxonrasib-pancreatic*
- *O'Reilly EM, et al for the RASolute 302 Trial Investigators. N Engl J Med 2026. doi:10.1056/NEJMoa2605555*
- *Wolpin BM, et al. J Clin Oncol 2026; 44(suppl 17):abstr LBA5. doi:10.1200/JCO.2026.44.17_suppl.LBA5*

Da Pcos a Pmos: un cambio di paradigma, non solo di nome

Il 12 maggio 2026 *The Lancet* ha designato ufficialmente il nuovo nome della sindrome dell'ovaio policistico: non più Pcos, ma Pmos - *Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome*. Non è un semplice aggiornamento terminologico. È un cambio di paradigma che ridisegna l'orizzonte clinico di tale patologia

Marcello Orio

Medico Internista, Diabetologo - Direttore Sanitario Centro Endocrino-Metabolico Cmso, Salerno

La precedente terminologia era fuorviante per due motivi: suggeriva la presenza di cisti ovariche patologiche e inquadrava la sindrome come una malattia ginecologica dell'ovaio. In realtà il termine Pcos da tempo è motivo di confusione sia per le pazienti che per i medici ed ha storicamente distolto l'attenzione clinica dall'effettiva fisiopatologia della sindrome[1]. Il termine Pmos esprime invece la veridicità della patologia stessa: indica una sindrome endocrina e metabolica complessa, il cui motore fisiopatologico centrale è l'insulino-resistenza, presente nell'85% delle pazienti, anche nel 75% delle donne normopeso[2].

La prevalenza nella popolazione femminile non selezionata è stimata intorno al 6-7%[3], con tassi simili sia in Europa che negli Stati Uniti. L'iperinsulinemia compensatoria stimola direttamente le cellule tecali ovariche a produrre androgeni in eccesso, inibisce la sintesi epatica della Shbg (*Sex Hormone-Binding Globulin*) e innesca un circolo vizioso che porta a iperandrogenismo, anovulazione e irregolarità mestruali. Tuttavia l'impatto va ben oltre la sfera riproduttiva: le evidenze documentano la presenza precoce di disfunzione endoteliale, ipertrofia ventricolare sinistra, dislipidemia aterogena e marcatori di infiammazione cronica di basso grado già in giovani donne con la sindrome[4,5], con un rischio fino a quattro volte maggiore di sviluppare diabete tipo 2, obesità viscerale, ipertensione e Malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica (Masld) e un rischio significativamente aumentato di infarto e ictus prima della menopausa, indipendentemente dal Bmi[4,5].

Il ruolo del medico di medicina generale è quindi cruciale: una volta effettuata la diagnosi, la paziente Pmos va valutata sistematicamente dal punto di vista metabolico e cardiovascolare[6]. Glicemia, insulinemia, profilo lipidico, pressione arteriosa e circonferenza addominale non sono esami opzionali sono parte integrante della gestione di tale sindrome. La valutazione delle comorbilità metaboliche deve essere sistematica e il trattamento non può essere ridotto alla sola terapia ormonale sintomatica[6].

Sul versante terapeutico, il cambio di paradigma è altrettanto netto. La pillola estroprogestinica copre i sintomi senza affrontare la causa. La metformina non rappresenta più la prima scelta metabolica. L'approccio terapeutico che le evidenze supportano oggi è articolato su più livelli.

Gli **inositoli**, in particolare la combinazione Myo-inositolo e D-chiro-inositolo nel rapporto fisiologico 40:1, agiscono correggendo lo squilibrio epimerico indotto dall'iperinsulinemia a livello ovarico. Studi recenti hanno dimostrato che dopo soli tre mesi di supplementazione si ottengono riduzioni significative di testosterone totale e libero, dell'indice degli androgeni liberi e dell'Homa-Ir, con aumento della Shbg e dell'estradiolo, sia nelle pazienti insulino-resistenti che nelle normoinsulinemiche[7].

La **dieta chetogenica a basso apporto energetico (Vlekt)** si è dimostrata superiore alla dieta ipocalorica tradizionale nel migliorare l'insulino-resistenza, ridurre il tessuto adiposo viscerale e ripristinare la funzione ovulatoria in tempi più brevi[8,9].

Nella donna con Pmos e obesità, i nuovi **farmaci antiobesità** rappresentano oggi uno strumento terapeutico di grande rilevanza: gli agonisti del recettore Glp-1 come semaglutide migliorano il quadro metabolico, riducono l'iperandrogenismo e normalizzano i cicli mestruali nelle pazienti in cui le sole modifiche dello stile di vita abbiano fallito[10]. I doppi agonisti Gip/Glp-1 come tirzepatide, con la loro azione sinergica su peso e insulino-resistenza, rappresentano l'evoluzione naturale di questa classe per il trat-

tamento della sindrome metabolica nella donna obesa[11].
Adottare il termine Pmos significa riconoscere una patologia sistemica che richiede una medicina integrata. Il medico di medicina generale è il primo presidio di questa integrazione - il punto in cui la diagnosi precoce, la valutazione del rischio cardiovascolare e la scelta terapeutica corretta possono davvero cambiare il destino clinico della paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14:270-284. DOI: 10.1038/nrendo.2018.24
2. Teede HJ et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *The Lancet.* Published online May 12, 2026. DOI: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8
3. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(6):2745-2749. DOI: 10.1210/jc.2003-032046
4. Orio F Jr, Palomba S, Colao A. Cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2006;86(Suppl 1):S20-S21. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.03.003
5. Giallauria F, Orio F, Palomba S, Lombardi G, Colao A, Vigorito C. Cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome. *J Cardiovasc Med.* 2008;9:987-992. DOI: 10.2459/JCM.0b013e32830b58d4
6. Orio F, Palomba S. New guidelines for the diagnosis and treatment of Pcos. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10:130-132. DOI: 10.1038/nrendo.2013.248
7. Pustotina O, Myers SH, Unfer V, Rasulova I. The effects of myo-inositol and D-chiro-inositol in a ratio 40:1 on hormonal and metabolic profile in women with Pcos classified as phenotype A. *Gynecol Obstet Invest.* 2024;89:131-139. DOI: 10.1159/000536163
8. Barrea L et al Ketogenic Diet as Medical Prescription in Women with Polycystic Ovary Syndrome (Pcos). *Curr Nutr Rep.* 2023 Mar; 12(1):56-64.
9. Gambineri A. et al. Efficacy of very low-calorie ketogenic diet with the Pronokal® method in obese women with polycystic ovary syndrome: a 16-week randomized controlled trial. *Endocr Connect.* 2023 Jun 12;12(7): e220536.
10. Goldberg A et al. Anti-obesity pharmacological agents for polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis to inform the 2023 international evidence-based guideline. *Obes Rev.* 2024;25:e13704. DOI: 10.1111/obr.13704
11. Jastreboff AM et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2022; 387(3):205-216. DOI: 10.1056 NEJMoa2206038

BOX CLINICO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Pmos: cosa cambia nella pratica quotidiana

Il cambio di paradigma

La Pmos non è una malattia dell'ovaio. È una sindrome **endocrina e metabolica** il cui motore è l'insulino-resistenza. Il vecchio nome (Pcos) era fuorviante - il nuovo (Pmos) dice la verità.

Cosa valutare alla diagnosi

Oltre ai criteri standard (oligo-anovulazione, iperandrogenismo, morfologia ovarica/Amh), richiedere sempre:

- ❑ Glicemia + insulinemia → Homa-Ir
- ❑ Profilo lipidico completo
- ❑ Circonferenza addominale
- ❑ Tsh → diagnosi differenziale
- ❑ HbA1c
- ❑ Pressione arteriosa
- ❑ Alt/Ast → escludere Masld

Approccio terapeutico aggiornato

Strumento	Indicazione	Note
Inositoli Mi/Dci 40:1	Prima linea metabolica	Sicuri, efficaci anche a basso dosaggio
Stile di vita	Sempre	Dieta + attività fisica aerobica
Vlekt	Obesità + Ir severa	Superiore a dieta ipocalorica
Semaglutide	Pmos + obesità	Migliora ciclo e iperandrogenismo
Tirzepatide	Pmos + obesità severa	Massima efficacia su peso e Ir
Pillola estroprogestinica	*Solo sintomatica*	*Non tratta la causa metabolica*

Rischio cardiovascolare - non sottovalutarlo

Le pazienti Pmos presentano, indipendentemente dal Bmi:

×4	×2,5	×1,7	Alta
Rischio diabete T2	Rischio infarto	Rischio ictus	Prevalenza Masld

→ **Stratificazione del rischio Cv obbligatoria a ogni controllo**

Follow-up consigliato

- Controllo metabolico ogni **6 mesi**
- Profilo lipidico **annuale**
- Ogtt ogni **1-2 anni** se fattori di rischio presenti

→ **Invio allo specialista endocrinologo/diabetologo se Homa-Ir >2,5 o obesità**

Orio M. - Da Pcos a Pmos: un cambio di paradigma che cambia la medicina

Il processo decisionale nella pratica medica, tra aspetti cognitivi e relazionali

Dalla diagnosi alla terapia: un percorso fatto di passaggi, a ciascuno dei quali occorre porre particolare cura. Anche quando il processo è lubrificato e consolidato dall'esperienza, ricordarne i dettagli può essere prezioso per fare in modo che la pratica clinica diventi sempre più un momento di relazione e attenzione per il paziente

a cura di: **Pasquale De Luca**[1]
con la collaborazione di: **Vito Sollazzo**[2], **P. Morlino**[3], **Antonio De Luca**[2]

La semeiotica medica (dal greco σημειον, semèion, che significa "segno") studia i segni e i sintomi che permettono di iniziare l'iter che conduce alla formulazione della diagnosi clinica di malattia.
Essa fornisce anche la metodologia per assemblare insieme segni e sintomi e formulare un ventaglio di possibilità diagnostiche (diagnosi di malattia più probabile e diagnosi differenziale fra le malattie che, come quasi sempre avviene, condividono sintomi e segni comuni).
La **metodologia clinica** è lo studio degli orientamenti di pensiero e delle regole che presiedono all'esercizio razionale della Medicina. La primaria finalità del suo insegnamento è l'acquisizione di un corretto modo di procedere da parte del medico, che sarà tale solo se in grado di coniugare la conoscenza alla capacità di agire.
Per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute, oltre alla conoscenza delle nozioni scientifiche e delle procedure pratiche (*skills*), è indispensabile la loro applicazione per la soluzione di problemi clinici mediante l'assunzione di decisioni. Gli strumenti metodologici che guidano il percorso diagnostico e terapeutico sono, dunque, le competenze che riguardano sia la sfera cognitiva - il ragionamento clinico e l'esercizio della logica - sia quella relazionale - il rapporto medico-paziente, le componenti etiche, antropologiche e sociologiche, la relazione con gli altri professionisti della salute - tutte finalizzate anche a garantire una dimensione etica, oltre che l'efficacia, dell'atto clinico.
L'enorme crescita del sapere scientifico e, in particolare, di quello medico, ha reso indispensabile lo sviluppo delle specializzazioni e, al loro interno, di numerose competenze tecniche specialistiche, con una inevitabile ripercussione negativa sull'educazione alla relazione medico-paziente e al processo di cura in senso più lato.

[1] S.C. Medicina Interna
Ospedale "T. Masselli-Mascia"
S. Severo Asl Foggia

[2] S.C. Cardiologia Clinica e Interventistica
Ospedale "T. Masselli-Macia"
S. Severo Asl Foggia

[3] S.C. Malattie dell'Apparato Respiratorio,
Ospedale "T. Masselli-Mascia"
San Severo Asl Foggia

Il primo caposaldo

L'anamnesi rappresenta il primo passo che apre l'incontro fra medico e paziente. I vecchi Clinici riferivano che "la diagnosi accurata deriva da un'anamnesi meticolosa" oppure che "la diagnosi si basa soprattutto sull'anamnesi". Nonostante il vertiginoso progresso tecnologico, è difficile oggi contestare la validità di queste asserzioni, per cui l'anamnesi rimane tuttora un caposaldo della visita al paziente.
La raccolta corretta dell'anamnesi e l'esecuzione di un accurato esame obiettivo costituiscono i passi fondamentali necessari per formulare in seguito la **diagnosi** e la **diagnosi differenziale** delle malattie che condividono i segni e i sintomi.
Il primo contatto che il medico ha con il paziente serve per acquisire infatti, attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo, i principali dati occorrenti per formulare l'ipotesi diagnostica.
Compito essenziale della metodologia clinica è fornire le indicazioni necessarie per procedere nell'acquisizione dei dati in modo corretto onde garantire al massimo livello possibile la qualità dei dati rilevati che, in base alle modalità di acquisizione, possono essere distinti in tre categorie:
- dati anamnestici;
- dati acquisiti attraverso l'esame obiettivo;
- risultati di indagini strumentali.

Come è noto i **dati anamnestici** vengono acquisiti attraverso le **domande** che il medico formula e le risposte del paziente (e dei familiari, non solo se si tratta di bambini o di malati incapaci di rispondere alle domande), quindi **la qualità di tali dati**

dipende dal modo in cui le domande vengono formulate, oltre che dalle risposte che il paziente fornisce. Per quanto riguarda le domande è necessario che siano formulate dal medico nel modo più chiaro possibile, tenendo anche conto del livello di istruzione del paziente. Le risposte da parte del paziente possono essere influenzate da condizioni psicologiche che influiscono in maniera opposta, accentuando l'entità dei disturbi segnalati al medico (soggetti ansiosi, soglia del dolore bassa, ecc..) o riducendola per il timore che possano essere diagnosticate malattie gravi.
La raccolta dell'anamnesi, non solo dal paziente, ma anche dai suoi familiari, prevede in definitiva capacità che si possono acquisire solo con l'esperienza. Il linguaggio del paziente è semplice, spesso lacunoso e può sviare dai processi morbosi più importanti da cui è affetto.
I sintomi dovranno essere accuratamente rilevati e tradotti in linguaggio clinico.
La qualità dei dati acquisiti attraverso l'**esame obiettivo** dipende spesso dal medico che, talvolta per mancanza di tempo o altri motivi, tende a limitare l'esame agli organi per i quali vengono segnalati disturbi da parte del paziente o che il medico stesso ritiene più probabile che siano interessati dalla patologia in atto.
I risultati degli esami strumentali possono essere errati a causa dell'apparecchio (per non corretta taratura o guasti) o dell'operatore; nel primo caso esistono apposite procedure di controllo della qualità dei risultati (controllo di compatibilità, congruità, accuratezza e precisione) che consentono di individuare le **cause degli errori** ed adottare le opportune misure per eliminarli; quando si tratta di errori dell'operatore è più difficile eliminarli, perché di solito si manifestano per diverse cause (stanchezza, distrazione, errori nell'esecuzione dei *test* o nella trascrizione dei risultati, ecc), spesso non prevedibili e per i quali non esistono specifiche procedure per il controllo di qualità.

Valutazione dei dati

Il medico deve essere in grado di **valutare la qualità dei dati** in base ai quali adotterà le decisioni diagnostiche e terapeutiche necessarie nei singoli casi.
Un altro importante compito del medico è la **valutazione dei risultati** dal punto di vista clinico, distinguendo anzitutto se sono compatibili con uno stato di buona salute o se sono indici di una condizione patologica; a questo scopo il confronto con i valori cosiddetti normali (meglio definiti come intervalli di riferimento) ha dei limiti di validità a causa della variabilità dei fenomeni biologici e pertanto occorre far riferimento ad una valutazione di tipo probabilistico basata sulla cosiddetta *legge di Gauss-Laplace*.
Sulla base dei dati acquisiti mediante le diverse procedure (anamnesi, esame obiettivo, dati strumentali come la misurazione della pressione arteriosa, della temperatura, ecc) è possibile pervenire ad una prima conoscenza delle condizioni del paziente che costituisce la premessa per le successive decisioni in campo diagnostico e terapeutico.

Dall'ipotesi alla decisione

Il metodo clinico - (citando una frase di Augusto Murri) - *ha come primo obiettivo il conoscere o meglio riconoscere come premessa al prevedere e al decidere"*.
Ciò avviene, in pratica, per prima cosa, attraverso la formulazione dell'**ipotesi diagnostica** che costituisce un elemento fondamentale per poter pervenire, mediante le opportune procedure di controllo, alle necessarie decisioni sotto il profilo della diagnosi e della terapia.
Esistono, com'è noto, tre diversi metodi per poter perseguire tali obiettivi definiti come approccio alla diagnosi:
- causale
- categoriale
- probabilistico.

Il primo consiste nel valutare le relazioni di causa-effetto tra i dati rilevati e le diverse possibili ipotesi diagnostiche onde accertare quale sia l'ipotesi che meglio risponde al predetto nesso di causalità.
L'*approccio categoriale* si basa su di una forma di ragionamento che comprende diversi *steps* (o categorie) tra di loro collegati e spesso rappresentati sotto forma di *flow charts* (o algoritmi); in tal modo si perviene alla conclusione diagnostica mediante successive scelte tra le possibili relazioni tra uno *step* e l'altro dell'intero percorso logico-deduttivo.
Infine, l'*approccio probabilistico*, che ha il suo fondamento nella teoria della probabilità e nelle sue applicazioni ai fenomeni biologici, consiste in una serie di procedure diverse che il medico può utilizzare in relazione alle specifiche finalità e alle diverse fasi del processo diagnostico. Vi è, anzitutto, la cosiddetta **morbosità prevalente** che si basa sulla probabilità semplice e consente di formulare l'ipotesi diagnostica (diagnosi *pre-test*) tenendo conto della frequenza delle singole malattie (compatibili con i dati clinici rilevati) nell'intera popolazione o in un determinato collettivo al quale il paziente in esame appartiene. Un'altra interessante applicazione dell'approccio probabilistico è quella che si riferisce alla presenza nel paziente di più sintomi che possono essere compatibili con più malattie o con una singola forma morbosa. In base alla probabilità composta (prodotto di due o più probabilità semplici) è possibile calcolare la probabilità che i diversi sintomi siano espressione di una singola o di più malattie; in genere si verifica cha la prima ipotesi è la più probabile come è stato da tempo riconosciuto in base all'esperienza dei clinici (la cosiddetta "**teoria dell'unificazione**", Rugarli,

2011) anche se non era nota la sua base probabilistica e la possibilità di misurare la differenza tra le due ipotesi.
Una serie di procedimenti molto utili sono quelli che si basano sui dati rilevati mediante l'esame obiettivo o i test diagnostici eseguiti e che servono ad individuare la più probabile tra le diverse diagnosi compatibili con i dati acquisiti; si tratta di diverse procedure (sensibilità, specificità, predittività dei valori positivi o negativi, **teorema di Bayes**) che consentono di definire quale sia, nei singoli casi clinici:

- il test diagnostico più appropriato;
- il significato che può avere un risultato ottenuto mediante i *test* diagnostici eseguiti;
- la probabilità che in presenza di un dato clinico sia presente una determinata malattia.

In linea generale l'approccio probabilistico è importante in quanto, com'è noto, non esistono limiti netti tra salute e malattia ma è solo questione di maggiore o minore distanza dall'una o dall'altra delle due condizioni e quindi della probabilità che i dati clinici rilevati siano espressione di una specifica condizione morbosa.
Molte volte i medici ricorrono inconsapevolmente a queste procedure sulla base di un ragionamento logico e dell'esperienza professionale acquisita, ma non vi è dubbio che se le conclusioni alle quali si perviene sono basate su corrette procedure e su dati statistici validi i risultati ai quali si perviene sono molto più attendibili.

Le opzioni terapeutiche

Un altro compito importante che il medico deve svolgere nel corso della sua attività professionale è quello della **prescrizione della terapia più indicata** nei singoli casi, tenendo conto dei diversi problemi e difficoltà che ciò comporta (indicazioni e controindicazioni dei singoli farmaci, modalità di somministrazione, dosi da assumere, durata del trattamento terapeutico, eventuali interazioni con altri farmaci o con particolari regimi di vita, ecc).
Un tema al quale viene attribuita particolare importanza alla metodologia clinica è inoltre, lo **studio dell'evoluzione nel tempo** delle condizioni cliniche del singolo paziente, che assume particolare rilievo in quanto consente il **controllo "a posteriori" delle decisioni** precedentemente adottate, la conferma della diagnosi inizialmente posta e l'adozione delle modifiche eventualmente necessarie all'orientamento diagnostico-terapeutico seguito fino ad un determinato limite temporale. Seguire il paziente nel tempo fornirà una misura della sua *compliance* (aderenza alle raccomandazioni e alla terapia) e, possibilmente, la incrementa.

Quando la decisione è "sbagliata"

Un problema che ha assunto negli ultimi anni notevole rilievo e che comporta talvolta conseguenze, anche economiche, di particolare entità, è quello degli **errori diagnostici e terapeutici** che vengono spesso ingiustamente attribuiti a incompetenza, superficialità o leggerezza da parte del medico e che possono comportare anche riflessi negativi sul piano giudiziario.
Anche per questi motivi, ma soprattutto affinché l'attività del medico sia sempre il più possibile efficace e orientata al ripristino delle migliori condizioni di salute per il paziente, è necessario conoscere quali sono le **principali cause di errori** in medicina e le procedure necessarie per evitarli o ridurli al minimo possibile.
Per quanto riguarda gli **errori diagnostici** occorre distinguere quelli dovuti alle modalità di acquisizione dei dati da quelli che derivano da una non corretta valutazione ed interpretazione dei risultati: i primi a loro volta si possono distinguere in errori evitabili ed inevitabili (o casuali) e sia gli uni che gli altri possono essere dovuti, o non dovuti, all'operatore. Accade talvolta che il medico cerchi di attenersi scrupolosamente alle indicazioni contenute nelle linee guida che vengono elaborate dalle società scientifiche o da gruppi di specialisti e la cui scrupolosa osservanza può costituire un'utile difesa a livello processuale; tuttavia, poiché le linee guida hanno necessariamente un carattere generale e non sono sempre applicabili nei casi specifici, da esse possono derivare conseguenze negative sulle condizioni di salute di determinati pazienti o comunque decisioni non appropriate da parte del medico curante. Il secondo grande gruppo di errori (**errori terapeutici**) dipende dall'errata valutazione e/o interpretazione dei dati acquisiti oppure dalla non corretta identificazione delle condizioni patologiche di cui i dati stessi sono espressione.
Per quanto riguarda infine, l'**errata identificazione degli stati patologici** ai quali viene attribuita la causa delle condizioni di salute del paziente, occorre precisare che possono verificarsi due diversi tipi di errori a seconda che sia diagnosticata una determinata malattia in un paziente affetto da un'altra (o da nessuna) patologia (errore di primo tipo) oppure che non venga diagnosticata una malattia realmente esistente (errore di secondo tipo). È possibile comunque evitare i due tipi di errori utilizzando *test* ad elevata specificità (= ridotta frequenza di falsi positivi) per il primo tipo di errori, o ad alta sensibilità (= ridotta frequenza di falsi negativi) per il secondo tipo di errori.
In conclusione, possiamo affermare che il metodo più corretto per giungere alla diagnosi, è quello di approcciare il paziente, dapprima ascoltandolo per raccogliere ed organizzare i sintomi (anamnesi), poi visitandolo per raccogliere i segni (esame obiettivo) e formulare dunque, in base alla propria conoscenza delle malattie, un elenco di possibilità diagnostiche che condividano i sintomi ed i segni riscontrati (diagnosi differenziale).

Bibliografia disponibile a richiesta

NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

Alimentazione e integrazione

Vuoi restare sempre aggiornato?

Iscriviti **gratuitamente** alla newsletter settimanale del portale

Rivolto ai professionisti della salute ricco di notizie aggiornate e qualificate su nutrizione e integrazione alimentare

Per ricevere gratuitamente la newsletter compila il form all'indirizzo

www.nutrientiesupplementi.it/form

Informazione qualificata da fonti qualificate

www.nutrientiesupplementi.it

Passoni EDITORE

JAKINLIFE®

VITA ALLA SALUTE. SALUTE ALLA VITA

Jakin Life porta vita alla salute restituendole centralità, energia e visione.
La salute non è solo clinica o sanitaria. È un fattore sistemico che attraversa e connette dimensioni interdipendenti: umana, economica, sociale, scientifica, ambientale e animale.

Per questo la salute non sarà mai un costo, ma un investimento sul progresso della civiltà.

Jakin Life porta salute alla vita affermando un principio essenziale: senza salute non c'è crescita, non c'è benessere, non c'è futuro.

con il valore di

Passoni EDITORE

M.D. MEDICINAE DOCTOR

iFARMA

NUTRIENTI e SUPPLEMENTI