



**am**  
AVVENIRE  
MEDICO

IL MENSILE DELLA FIMMG  
NUMERO 5 - 2016 ANNO LIV

**FIMMG**  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

- 4 CONGRESSO STRAORDINARIO FIMMG**  
A Roma, il 18, 19, e 20 novembre 2016
- 6 STUDI FIMMG**  
Un secondo pilastro del welfare sanitario
- 22 SIMPESV**  
La malnutrizione e la Medicina Generale

## LEGGE DI STABILITÀ

**IL GOVERNO  
DEVE TROVARE  
LE RISORSE PER  
IL RINNOVO DELLA  
CONVENZIONE**

## LEGGE DI BILANCIO E RINNOVO CONTRATTI



## PER I SINDACATI DELL'AREA TERRITORIALE LA STAGIONE DELL'ISORISORSE È DA CONSIDERARSI CHIUSA

La richiesta a firma di Fimmg, Fimp e Sumai di un incontro urgente con la Ministra della Salute rappresenta un primo passo per aprire il confronto con il Governo sul tema del finanziamento del nostro contratto nazionale.

Con le Regioni andrà aperto un confronto sui contenuti della nuova Convenzione e non sarà sufficiente allineare i termini dell'investimento economico previsto per il personale convenzionato, per prassi consolidata assimilato nella contrattazione al pubblico impiego.

Serve invece una risposta chiara al bisogno di stabilità della nostra area professionale, con una particolare attenzione al ricambio generazionale e un sostegno forte alle politiche del nostro Ente di previdenza.

Auguriamo buon lavoro al prossimo Segretario Generale Nazionale della Fimmg e alla squadra che uscirà dal congresso straordinario ormai alle porte.

### IL MENSILE DELLA FIMMG



Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25  
00144 Roma  
TEL 06.54896625  
FAX 06.54896645  
[www.fimmg.it](http://www.fimmg.it)

**Direttore**  
Giacomo Milillo

**Direttore responsabile**  
Fiorenzo Corti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Coordinamento editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Vito Albano, Gennaro Barbieri, Flavio Borgomastro, Fabio Bono, Angelo Campanini, Lucia Conti, Bruno Cristiano, Antonio P. D'Ingianna, Luciano Fassari, Marco Fantini, Paola Ferrari, Simone Garcovich, Daniela Livadiotti, Ester Maragò, Paolo Misericordia, Stefano A. Nobili, Maurizio Pirro, Andrea Pizzini, Giovanni Rodriguez

**Progetto grafico e impaginazione**



Edizioni Health Communication

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via V. Carpaccio 18  
00147 Roma  
[redazione@hcom.it](mailto:redazione@hcom.it)  
TEL 06.59.44.61

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo

Registrazione al Tribunale di Bologna n. 7381 del 19/11/2003

Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, dcb Roma  
Finito di stampare  
nel mese di novembre 2016

# LA FIMMG C'È

Dopo le dimissioni di Giacomo Milillo, si prepara il nuovo confronto congressuale. Perché è indispensabile che la Fimmg dia il proprio contributo alla soluzione delle enormi difficoltà che investono l'assistenza medica e la salute dei cittadini



NON SI PUÒ CERTO NEGARE che l'appuntamento di Chia Laguna sia stato piuttosto agitato. Le dimissioni del segretario generale Giacomo Milillo, giunte appena prima dell'avvio del 72° Congresso Fimmg-Metis, hanno dato un corso imprevisto al dibattito e al confronto sindacale. Ma immediatamente è emersa la priorità, condivisa da tutti i delegati: confermare la presenza di un attore importantissimo per il mondo della sanità, come è la Fimmg, e garantire il più rapidamente possibile una sua piena operatività.

## Le conclusioni del Congresso di Chia Laguna

Il Consiglio nazionale, riunito il 5 e il 6 ottobre in Sardegna, ha dunque tracciato il percorso, ponendo come premessa una valutazione appassionata. "In un momento in cui l'Italia - si legge nel documento approvato dal Consiglio nazio-

nale - deve necessariamente affrontare una svolta, economica e culturale, che le consenta di sperare in un futuro migliore, è impensabile non ritenere fondamentali gli aspetti che riguardano il grado e le modalità della tutela della salute e, in tale ambito, il ruolo della Fimmg assume una dimensione strategica per la soluzione delle enormi criticità che riguardano l'assistenza medica; è, dunque, necessario - prosegue il documento - che la Fimmg continui, in modo efficace ed efficiente, a svolgere il proprio ruolo istituzionale, fornendo il proprio contributo di competenze, professionalità, capacità ed esperienza per realizzare gli obiettivi di tutela della salute e crescita e sviluppo del Paese, in un rapporto di leale collaborazione con le istituzioni e le altre rappresentanze sociali; in tale contesto economico ed istituzionale, pertanto, è essenziale garantire la regolare prosecuzione e con-



**Confermare la presenza di un attore importantissimo per il mondo della sanità, come è la Fimmg**

tinuità dell'attività politica e gestionale della Fimmg".

Nell'immediato il Consiglio Nazionale, così come indicato dal presidente nazionale Stefano Zingoni sulla base di quanto previsto dallo Statuto, ha affidato all'Esecutivo in carica la gestione ordinaria della Federazione, fissando anche le date, 18-19-20 novembre, del Congresso straordinario che dovrà provvedere all'elezione dei nuovi organismi dirigenti, ovvero del Segretario Generale Nazionale e dell'Esecutivo nazionale.

## I lavori del 72° Congresso Fimmg-Metis

I bruschi cambiamenti al vertice non hanno comunque stravolto i lavori del 72° Congresso Fimmg-Metis. Le molte attività previste, dai workshop ai seminari di formazione, si sono svolte regolarmente e hanno fatto registrare un'ampia partecipazione: gestione delle ma-



“  
**Il ruolo della Fimmg assume una dimensione strategica per la soluzione delle enormi criticità che riguardano l’assistenza medica**

**ROMA 18, 19 E 20 NOVEMBRE 2016**

## Congresso Straordinario Fimmg

**Il Congresso Straordinario che dovrà definire i nuovi vertici della Fimmg, eleggendo il Segretario generale nazionale e l’Esecutivo nazionale, si terrà da venerdì 18 a domenica 20 novembre a Roma, presso lo Sheraton Parco De’ Medici Rome Hotel. Tutte le informazioni sono disponibili sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)**

## TERREMOTO IN CENTRO ITALIA:

### GLI INTERVENTI DI FNOMCEO E ENPAM

## E i medici di famiglia ritrovano i dati nel cloud

La nuova, fortissima scossa di terremoto del 30 ottobre scorso nei territori tra Marche, Umbria e Lazio non ha causato nuove vittime, ma i danni agli edifici sono ingenti.

Prosegue dunque #EsserciSostenere, l’iniziativa della Fnomceo che invita tutti gli iscritti e i cittadini a continuare a versare sul conto corrente Unicredit (codice IBAN IT59M0200805240000104430752) attivato per sostenere i terremotati.

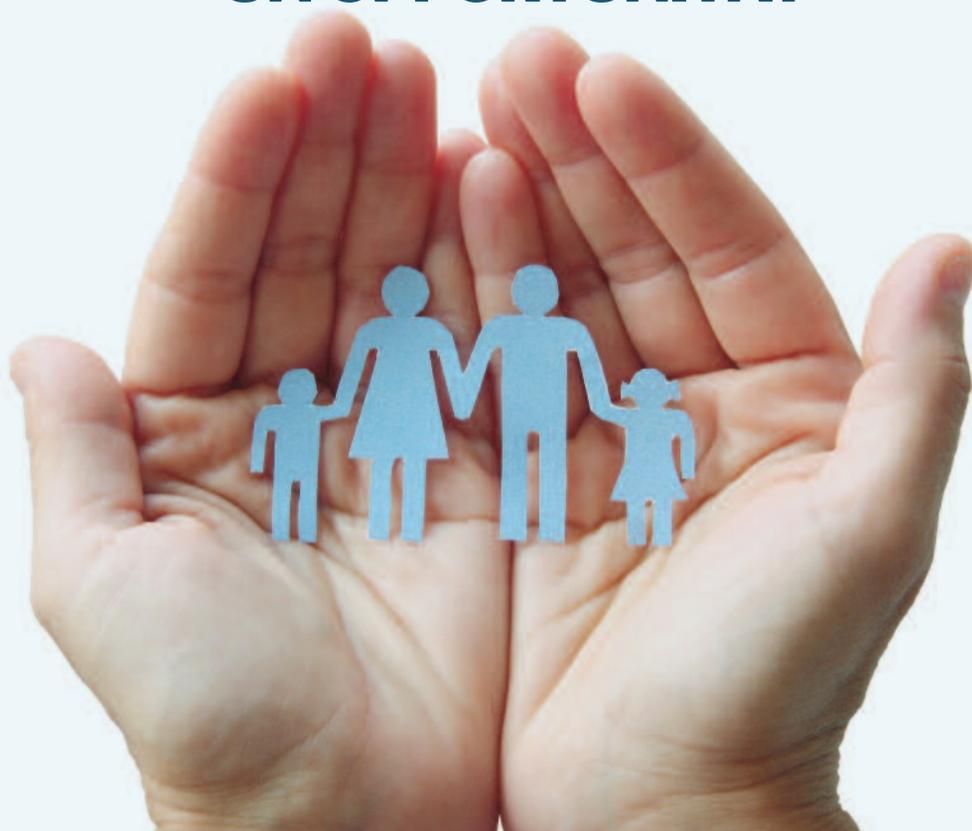
I fondi raccolti saranno utilizzati per ripristinare la regolare assistenza sanitaria nei territori colpiti dal sisma, anche sulla base delle indicazioni fornite dai presidenti degli Ordini provinciali. Un concreto sostegno ai medici, e dunque all’offerta sanitaria, è offerto anche da Enpam, che assicura risarcimenti rapidi per i medici e gli odontoiatri che hanno subito danni agli ambulatori per il terremoto.

Infine, una buona notizia: i medici di famiglia operanti nell’area terremotata sono riusciti a recuperare i dati dei propri pazienti assistiti grazie al cloud. Molti purtroppo hanno avuto danni negli ambulatori, ma la “nuvola” ha custodito efficacemente i dati, evitando ulteriori disagi. “Potere della tecnologia”, ha commentato Massimo Magi, segretario di Fimmg Marche, facendo il punto della situazione negli ambulatori di medicina generale delle aree colpite dal terremoto: “Dal censimento degli ambulatori con problemi emerge sicuramente come caso più critico quello di Visso, risultano poi crolli in alcuni ambulatori periferici - in piccoli borghi dove il medico va a visitare un paio di volte a settimana, come nel caso di Pieve Torina o Ussida. mentre a Camerino, un’altro comune gravemente colpito, gli studi non sono stati per fortuna distrutti”.



**UN SECONDO  
PILASTRO  
DEL WELFARE  
SANITARIO:**

## SECONDO I MMG E UN RISCHIO O UN'OPPORTUNITÀ?



**Il Centro Studi Nazionale della Fimmg ha condotto, nel maggio-giugno 2016, un'indagine campionaria presso i medici di Medicina Generale, per sondare e comprendere le conoscenze, gli orientamenti e la sensibilità della categoria professionale verso l'ipotesi che possa, nel nostro Paese, costituirsi prossimamente un pilastro assistenziale sanitario privato, aggiuntivo a quello attuale, pubblico.**

**Paolo Misericordia**  
Responsabile  
del Centro Studi  
nazionale e dell'Area  
ICT della Fimmg

SONO PRESENTI condizioni di contesto che rendono questa ipotesi molto probabile. Sempre più frequentemente, infatti, i pazienti si rivolgono al "privato" per ottenere prestazioni di tipo sanitario, diagnostiche e terapeutiche. In genere questo accade perché le prestazioni offerte dal Ssn sono di fatto poco accessibili, per le lunghe liste di attesa, per una eccessiva partecipazione dei costi che rende la prestazione Ssn sempre meno conveniente, per complessità logistiche, per disposizioni prescrittive che non hanno razionali assistenziali. Tutto questo costringe i pazienti, sempre più fre-

quentemente, ad ottenere la prestazione "a pagamento". È in aumento continuo, d'altronde, il numero delle persone coperte da una assicurazione sanitaria privata: si calcola che siano circa 11 milioni i cittadini italiani che dispongono di tale possibilità. Queste coperture a volte sono integrative / complementari rispetto a quanto garantito dall'attuale Ssn, altre volte, in maggioranza per la verità, sono di queste sostitutive: vengono sostenute da fondi sanitari, imprese di assicurazione, casse mutue e società di mutuo soccorso, secondo differenti disposizioni normative che ne regolano l'operatività.

La relativa e recente novità è rappresentata dalla ricerca, da parte di questi sistemi, di una regolamentazione unitaria e nel proporsi strutturalmente, quindi, come istituzioni volte ad affiancare il Ssn come secondo pilastro dell'assistenza sanitaria. Con questo scenario, che inevitabilmente interesserà anche l'assistenza primaria territoriale, è sembrato utile indagare tra i mmg, attraverso un questionario, circa le opinioni e le valutazioni su questo fenomeno.

### **Il questionario**

Il questionario è stato somministrato attraverso un invito per email ad accedere ad una piattaforma online dove venivano proposte le domande ed archiviate le risposte.

L'indagine si compone di quattro parti: una prima riguarda i dati sociodemografici e professionali dei medici e il loro livello di conoscenza del welfare sanitario privato; una seconda sezione indaga rispetto alle eventuali esperienze dirette che gli stessi medici hanno avuto con tale sistema. Una terza parte del questionario è dedicata alle conseguenze che i medici ritengono possano verificarsi a seguito di uno sviluppo di un secondo pilastro privato del welfare; l'ultima parte affronta il tema delle possibilità che i medici intravedono di partecipare ai nuovi sviluppi e quali di queste sembrano essere le più appropriate al loro ruolo. Hanno partecipato all'indagine 700 MMG, distribuiti sul territorio nazionale (24,7% al Nord Ovest, 18,3% al Nord Est, 23% al Centro, 34% al Sud/isole) (Fig. 1).

### **Conoscenze ed opinioni dei mmg sul welfare sanitario privato**

I medici sembrano essere consapevoli dell'entità e delle caratteristiche del fenomeno, soprattutto nelle zone del Paese (centro) dove questi sistemi sono maggiormente presenti. Percepiscono, ad esempio, la valenza spesso sostitutiva e non solo integrativa delle prestazioni generalmente assicurate: il campione si divide equamente su queste due visioni. A differenza degli obiettivi che i medici vedono nella politica (il 54% ritiene che essa voglia trasferire interi settori dell'assistenza sanitaria alla copertura finanziaria di un pilastro privato), essi ritengono che il welfare privato debba espandersi sul versante integrativo (aspetto importante/ molto importante per il 73% del campione), senza ritenere

improprio un intervento anche sul versante sostitutivo, questione che comporterebbe un netto cambio d'assetto del Ssn. Riconoscono, d'altra parte, che i cittadini sono, in un certo senso, "costretti" ad avvalersi del privato a causa delle liste d'attesa del Ssn (l'82% pensa che la riduzione delle liste di attesa sia il maggior beneficio che i cittadini si attendono): sulla base della loro esperienza, infatti, l'accesso alle prestazioni private è dovuto soprattutto ai tempi più rapidi per usufruire della prestazione (Fig. 2). Quali sono le prestazioni per le quali, spesso, a volte o raramente, i pazienti si riferiscono al privato pagando? I medici dicono che accade spesso per le ecografie (89%), le consulenze specialistiche (85%), le terapie riabilitative (70%), la diagnostica radiologica convenzionale (51,4%) e quella pesante (49,2%), il laboratorio analisi (31,6%, le endoscopia (24,2%).

### Esperienze dei mmg nel settore del welfare sanitario privato

I mmg riferiscono di non essere, al momento, sostanzialmente coinvolti nelle operatività relative a questa parte di settore assistenziale: il medico viene solo occasionalmente (63% delle risposte) sollecitato a qualche prescrizione/ certificazione destinata al mondo del welfare sanitario privato, mai o raramente (78% delle risposte) viene consultato circa l'operatività e le modalità di accesso alle "assicurazioni sanitarie". Rimane forte, invece, il processo di fidelizzazione con i pazienti, che continuano ("spesso" per il 43%) a ritenerli centrali sui consigli relativi a come, dove e quando accedere alla prestazione diagnostica o terapeutica, anche a pagamento, con o senza rimborso (Fig. 3).

### Conseguenze che potrebbero determinarsi dalla crescita e dalla strutturazione di un vero welfare sanitario privato

Le risposte dei medici evidenziano la grande complessità del tema. Le valutazioni che su più fronti, in ordine alle possibili conseguenze per il Ssn, per i pazienti, per il ruolo stesso dei medici, vengono espresse, mostrano preoccupazione, incertezza, ma, sotto alcuni aspetti, anche interesse. I medici pensano che potranno diminuire il finanziamento e gli investimenti strutturali per il Ssn (rispettivamente per il 55,2% e 52,6% del campione) (Fig. 4). Per il 79,7% dei medici c'è il rischio che aumenterà il costo complessivo da affrontare per i pazienti, per i quali (per il 45,9% del campione) si ridurrà la garanzia di cure ed assistenza in caso di patologia cronica. I medici hanno il timore che diminuirà la disponibilità di risorse per le cure primarie (58,2%), l'investimento per i fattori di produzione per la MG (55,3%), la loro remunerazione (51,4%) e l'essenzialità e l'importanza del loro ruolo (47,6%) (Fig. 5). I medici specialisti libero-professionisti, i terapisti della riabilitazioni, e gli infermieri, saranno, invece, probabilmente, le categorie professionali che ci potranno guadagnare. La netta maggioranza (73%) vede con difficoltà l'ipotesi che i mmg possano essere chiamati a lavorare, senza nuove regole, per questi network. Il 77% dei medici ritiene infatti che le rappresentanze di categoria professionali, come punto collettivo di aggregazione, debbano intervenire per meglio gestire il cambiamento e, quindi, elaborare una prospettiva. Anche se, per i motivi sopra detti, nel giudizio conclusivo il 43% dei medici ritiene che lo sviluppo del wel-

FIG. 1  
Caratteristiche del campione

Valori percentuali

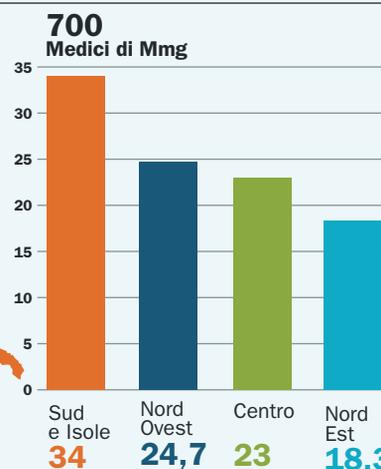


FIG. 2 - In genere, secondo la tua esperienza o la tua impressione, l'accesso alla prestazione erogata privatamente è dovuto soprattutto

Valori percentuali

- Moito importante
- Mediamente importante
- Poco importante



FIG. 3 - Ti è mai capitato che qualcuno dei tuoi pazienti...

Valori percentuali

- Mai o raramente
- Qualche volta
- Abbastanza spesso



fare sanitario privato sia soprattutto fonte di stress e di problemi, c'è un 39% di essi che lo ritiene un'opportunità.

**Possibili strategie e scenari di partecipazione dei medici di Medicina Generale**

Ipotizzando due scenari di riferimento, uno basato essenzialmente sulla componente integrativa e complementare sostenuta dal welfare sanitario privato, l'altro anche su quella sostitutiva (rispetto a prestazioni attualmente già erogate dal Ssn, e quindi in condizione certamente competitiva), i mmg sembrano preferire il primo rispetto al secondo. Lo ritengono più verosimile da realizzarsi (il 64%), maggiormente produttivo in termini di efficacia assistenziale (72,3%), più favorevole per lo svolgimento della funzione di mmg (75,8%).

Nonostante tutte le difficoltà, i medici ritengono che il loro ruolo possa essere utile nell'intermediazione tra il cittadino e gli enti privati del welfare, in una sorta di funzione analoga a quella da loro svolta nel Ssn: credono che sia utile per i pazienti nel 69,3% delle risposte, necessaria e conveniente per questi enti per il 70,3%, importante per l'equilibrio dell'intero sistema per il 66% (Fig. 6). Concludendo l'indagine, come elemento di ulteriore consapevolezza e di sostanziale accettazione della sfida che queste possibili innovazioni impongono, va sottolineato come il 62,4% degli in-

tervistati ammetta che se si rimane fuori da questi nuovi modelli la MG entrerà in declino, e come il 53,4% è d'accordo che sia meglio affrontare l'evolversi dei sistemi e partecipare al nuovo.

**Conclusioni**

Il sistema del welfare sanitario privato si va consolidando rapidamente nello scenario assistenziale del nostro Paese. Non è chiaro ancora, quanto l'aspetto integrativo, spesso dichiarato, costituisca la condizione prevalente: l'impressione è invece che le prestazioni "assicurate" siano al momento sostitutive rispetto a quelle offerte dal Ssn. È del tutto evidente che le soluzioni di sistema da proporre dovranno risolvere queste ambiguità. Il quadro che emerge dall'indagine sui mmg è quello di una categoria consapevole del fenomeno e del fatto che questo nuovo scenario sarà complesso, per i pazienti, per l'intero sistema sanitario e per gli stessi medici, più gravato da ombre che costellato di luce. Ciononostante non sembrano apparire, nell'analisi e nel quadro complessivo delle risposte, elementi di decisa preclusione e netto rifiuto. Anzi: l'atteggiamento che la categoria assume, almeno nella sua maggioranza, è quello di chi, con realismo, accetta la sfida, chiedendo però alle associazioni di categoria, di prendere parte alla gestione del cambiamento e alla elaborazione di un eventuale progetto di impegno professionale.



**I medici ritengono che il loro ruolo possa essere utile nell'intermediazione tra il cittadino e gli enti privati del welfare, in una sorta di funzione analoga a quella da loro svolta nel Ssn**

**FIG. 4 - Ti è mai capitato che qualcuno dei tuoi pazienti...**

Valori percentuali

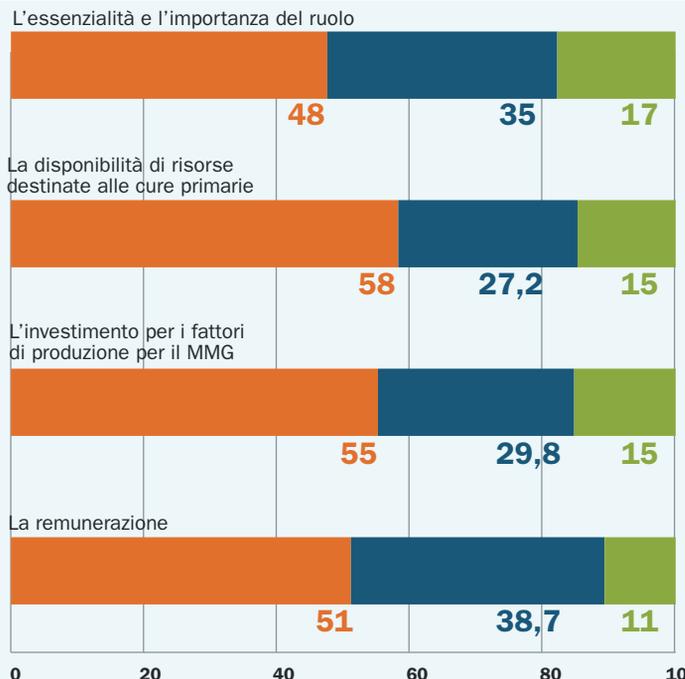
- Diminuisce
- Uguale
- Aumenta



**FIG. 5 - Quali potrebbero essere a tuo parere, in prospettiva, le conseguenze per il SSN relativamente ai seguenti profili?**

Valori percentuali

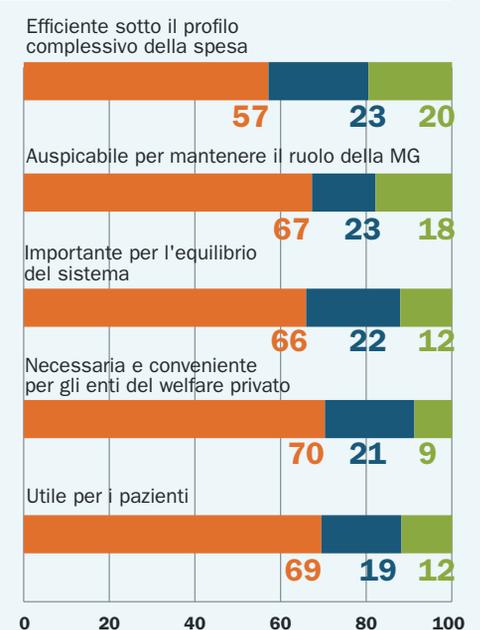
- Diminuisce
- Uguale
- Aumenta



**FIG. 6 - Una eventuale e possibile strategia di partecipazione dei MMG al welfare privato del secondo pilastro, è quella di assumere il ruolo di gestori dell'intermediazione tra cittadini ed enti privati e di fornire le prestazioni sanitarie per cui sono abilitati, con una FUNZIONE ANALOGA a quella svolta per il SSN. Ritieni questa strategia:**

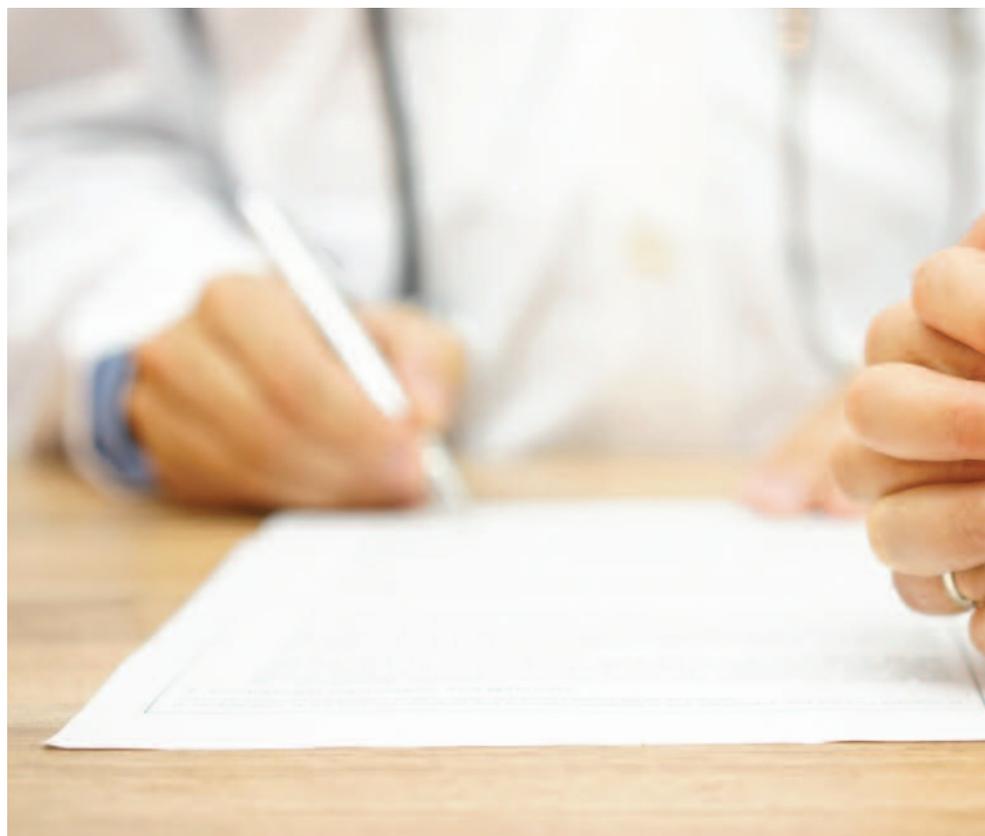
Valori percentuali

- Sì
- Né sì né no
- No



# CONSENSO INFORMATO E RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA

Il parere del legale sulla scheda terapeutica prevista dalla Raccomandazione n.17



## Comunicazione medico-specialistica: le regole

La prescrizione di un farmaco è un atto medico complesso che impegna la responsabilità del sanitario sotto diversi profili di responsabilità: civile; penale, per azioni o omissioni che rivestono carattere penale e siano connotati da colpa grave; deontologico, per le violazioni che determinano anche responsabilità disciplinare; erariale e contrattuale, per il danno alle casse dello Stato nella dispensazione irregolare a carico del servizio sanitario. Decine sono gli errori clinici che derivano da un errato passaggio informativo all'atto del ricovero e/o in dimissione del paziente. Inoltre, la tendenza sempre più ampia all'aggregazione comporta la necessità di una chiara e puntigliosa comunicazione tra medici e tra questi ed il paziente.

Informazione dei pazienti e riconciliazione terapeutica sono gli strumenti che devono essere utilizzati per diminuire il rischio clinico, garantire la sicurezza delle cure, risparmiare e, nel contempo, garantire i medici da possibili rischi professionali.

## Le raccomandazioni per la sicurezza della terapia farmacologica in medicina generale

Evitare gli errori deve diventare l'obiettivo di una strategia organizzativa basata sul riconoscimento del valore di ogni uomo e del suo diritto alla sicurezza a garanzia di un'assistenza di qualità.

Sono presenti ben sei raccomandazioni Ministeriali che i sanitari e gli infermieri devono rispettare nell'erogazione del far-

maco, alle quali si aggiungono quelle specifiche emesse da Aifa, Ema e/o società scientifiche internazionali riguardanti farmaci e/o terapie particolari.

## Riconciliazione, consenso e informazione. Missione possibile

La raccomandazione n. 17 del ministero della Salute del dicembre 2014, centra questi problemi ed indica un percorso virtuoso, non solo per la gestione del rischio, ma anche per costruire la catena informativa ed un consenso informato "standard" che permetterà, se saggiamente utilizzato, di evitare ai medici ed alle strutture il rischio di essere attaccati dagli avvocati dei pazienti per la mancata documentazione della terapia.

Dopo questa raccomandazione diventa chiaro che informazione del paziente ed obbligo di riconciliazione terapeutica fanno sorgere per il paziente un vero e proprio "diritto all'aderenza" ed anche un "obbligo di aderenza" che sarà valutato dal giudice nel caso di fallimento terapeutico.

Paola Ferrari  
avvocato

Le raccomandazioni sulla prescrizione del farmaco in ambito territoriale sono

### Linee guida

n.7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	marzo 2008 e successive modifiche
n.10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	settembre 2009
n.12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	agosto 2010
n.14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	novembre 2012
n.17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	dicembre 2014

La "farmaco riconciliazione" è il processo di creazione della lista più accurata possibile, di tutti i farmaci che un paziente sta assumendo - tra cui il nome del farmaco, il dosaggio, la frequenza.

Con l'emanazione della raccomandazione, diventa un preciso obbligo per le direzioni aziendali e per gli operatori sanitari, compresi pediatri e medici di famiglia. Si applica a tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private, sia residenziali che territoriali, nonché ai servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali.

Le azioni da mettere in pratica, secondo la raccomandazione sono tre: ricognizione, riconciliazione e comunicazione.

**Ricognizione:** raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti, etici, Senza Obbligo di Prescrizione (SOP), Over the Counter (OTC), nonché gli omeopatici, gli integratori, i fitoterapici, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo ed una seconda fase. La Ricognizione, si legge nella raccomandazione, dovrà essere trasfusa in una scheda precisa, consiste nella raccolta di informazioni, complete e accurate sul paziente e sui medicinali che assume, che sono indispensabili per una prescrizione corretta.

**Riconciliazione:** prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare.

**Comunicazione:** riguarda la costruzione della scheda e delle informazioni che devono essere fornite al paziente.

Le indicazioni permettono di costruire un percorso logico atto a definire un consenso informato "standard" utilizzabile, soprattutto, per le terapie più complesse.



## I vantaggi dell'applicazione della linea guida

Stakeholder	Benefici	Potenziali costi
<b>Paziente</b>	<p>Ottimizzazione comunicazione con conseguente miglioramento dell'aderenza, riduzione interazioni avverse tra farmaci, integratori e farmaci.</p> <p>Ausilio alle persone che si occupano del paziente e che possono avere una lista chiara delle prescrizioni.</p> <p>Il farmacista è in grado di garantire l'aderenza fornendo al paziente lo stesso preparato ed evitare il rischio di confusione.</p> <p>Il paziente è in grado di fornire la sua storia clinica in ogni situazione di emergenza anche all'estero.</p> <p>Migliora aderenza e responsabilizza il paziente sulla necessità di fornire per le cure un dettagliato resoconto delle terapie in atto.</p> <p>Rende il paziente responsabile della mancata aderenza.</p>	
<b>Ospedale</b>	<p>Ridurrà il tempo di presa in carico e migliorerà la qualità delle informazioni.</p> <p>La farmacia ospedaliera potrà programmare gli acquisti.</p> <p>La qualità delle informazioni può avere un impatto positivo sulla spesa, riduzione dei ricoveri ed esami inutili duplicati, test di tolleranza, farmaci e terapie, riduzione della durata del soggiorno.</p> <p>Permetterà di avere informazioni rapide in presenza di situazioni di urgenza, di barriere linguistiche, di difetti psico-fisici.</p> <p>Supererà il rischio e l'incompletezza della lista dei medicinali redatta dal medico curante (ad esempio, non comprensiva di quelli prescritti da altri medici).</p> <p>Verificherà la discordanza tra farmaci prescritti ed effettivamente assunti dal paziente (modifica di dosi, sospensione della terapia) e la difficoltà di conoscere l'assunzione di SOP, omeopatici, fitoterapici, integratori.</p>	<p>Studio del software.</p> <p>Formazione e stampati.</p>
<b>Medico del territorio e farmacista</b>	<p>Riduzione del tempo di presa in carico e riduzione errori di prescrizione.</p> <p>Evita di dover chiedere chiarimenti al collega ospedaliero e/o altro medico del territorio.</p> <p>Evita errori anche per assenza di informazione che possono comportare un risarcimento al paziente.</p> <p>Permette al farmacista di consegnare al paziente il medesimo preparato con conseguente migliore programmazione degli acquisti.</p>	<p>Costo della stampa della scheda aggiornata.</p>
<b>Servizio sanitario</b>	<p>Riduzione dei costi per errori farmacologici e riduzione dei ricoveri.</p> <p>Migliore programmazione delle terapie croniche con stabilizzazioni dei costi.</p>	<p>I costi di sviluppo del software, manutenzione e hardware. Eventuali costi di transazione dei dati.</p>

“  
Le azioni da mettere in pratica, secondo la raccomandazione sono tre: ricognizione, riconciliazione e comunicazione

Come ogni atto clinico condiviso tra più operatori, è necessaria la tracciabilità di ogni atto sanitario, l'attività deve essere documentata con indicazione di data, ora, identità e firma dell'estensore. Dal punto di vista del rischio clinico, la scheda permette di superare il problema più comune del medico che si trova a dover intervistare un paziente all'atto della presa in carico:

- a) difficoltà** di ottenere un resoconto accurato, specie in presenza di situazioni di urgenza, di barriere linguistiche, di difetti psico-fisici;
- b) assenza** di un familiare/caregiver informato sulle terapie in atto;
- c) impossibilità** di stabilire una interazione diretta con il paziente;
- d) mancanza** o incompletezza della lista dei medicinali redatta dal medico curante (ad esempio, non comprensiva di quelli prescritti da altri medici);
- e) discordanza** tra farmaci prescritti ed effettivamente assunti dal paziente (modifica di dosi, sospensione della terapia);
- f) difficoltà** di conoscere l'assunzione di SOP, omeopatici, fitoterapici, integratori;
- g) volontà** del paziente di non riferire l'uso di determinati prodotti.

Le informazioni che la scheda della terapia deve contenere riguardano: il nome commerciale e/o del principio attivo; la forma farmaceutica; il dosaggio; la posologia giornaliera; la data di inizio e la durata della terapia; la data e l'ora dell'ultima dose assunta (con particolare attenzione alle formulazioni a lunga durata di azione); la via di somministrazione; gli even-

tuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci off label (in particolare l'indicazione terapeutica); l'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale; la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute; le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati; l'assunzione di alimenti (dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura) che possono interferire con la terapia; i dati inerenti peso e altezza del paziente; gli stili di vita (eventuale assunzione di alcool, abitudine al fumo e uso di droghe); l'utilizzo di dispositivi medici medicati; ogni altro dato ritenuto signifi-

ficativo purché contemplato nella procedura interna.

Nel caso di utilizzo di farmaci che richiedono un attento monitoraggio, un'aderenza precisa e/o rischi importanti queste informazioni non sono sufficienti in quanto devono essere integrate da altre indicazioni di sicurezza: rischi specifici, conservazione del preparato; indicazione di eventuale "non sostituibilità" del preparato; indicazioni nel caso di abuso e/o uso non conforme, comportamenti da tenere per evitare rischio per sé o altri (es. divieto di guida o uso mezzi pesanti). Non da ultimo, metterà al sicuro il medico dalle conseguenze legali dell'attività prescrittiva e dell'errata assunzione dei farmaci.

# IDROSADENITE SUPPURATIVA CRONICA (HS): ELABORATO UN ALGORITMO GESTIONALE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA

Un nuovo strumento per gestire una malattia trascurata. la FIMMG-SIMPeSV, grazie al lavoro di un board scientifico multi-disciplinare, ha elaborato un modello/algoritmo di gestione clinica della HS per la Medicina di Famiglia, in modo da armonizzare i percorsi di diagnosi e cura con la promozione dei corretti stili di vita nei pazienti



**Simone Garcovich \***  
**Vito Albano \*\***  
**Antonio**  
**P. D'Ingianna \*\***  
**Maurizio Pirro \*\***  
\*Istituto di  
Dermatologia,  
Fondazione  
Policlinico  
Universitario A.  
Gemelli, Università  
Cattolica del Sacro  
Cuore, Roma  
\*\*Medici di  
Medicina Generale  
Fimmg-Simpesv

L'Idrosadenite suppurativa cronica (HS) è una malattia infiammatoria cronica dell'epitelio follicolare, che si presenta con delle lesioni suppurative cutanee e sottocutanee (noduli, ascessi, fistole), localizzate alle pieghe corporee. È una malattia a carattere complesso, la cui patogenesi è ancora sconosciuta, ma che determina un impatto molto significativo sulla qualità della vita delle persone interessate (stigma). Il caso clinico tipico è quello di una giovane donna, obesa, fumatrice che presenta lesioni suppurative a livello delle pieghe ascellari, sottomammarie e/o genitali (rapporto M:F di 1:2 fino a 1:5); negli uomini sono più frequentemente colpite le regioni ascellare, inguinale e glutea.

## Una malattia "orfana"

Non è una malattia rara perché i dati di prevalenza europei si attestano tra 1-4%, ma è una malattia "orfana" perché i trattamenti sono poco codificati, con limitata evidenza clinica: le linee guida nazionali della SideMast (Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse) sono quelle attualmente seguite per la terapia che, recentemente,

ha visto aggiungersi un nuovo farmaco biologico, l'adalimumab, per il trattamento "dell'Idrosadenite suppurativa attiva di grado da moderato a severo in pazienti adulti con una risposta inadeguata alla terapia sistemica convenzionale".

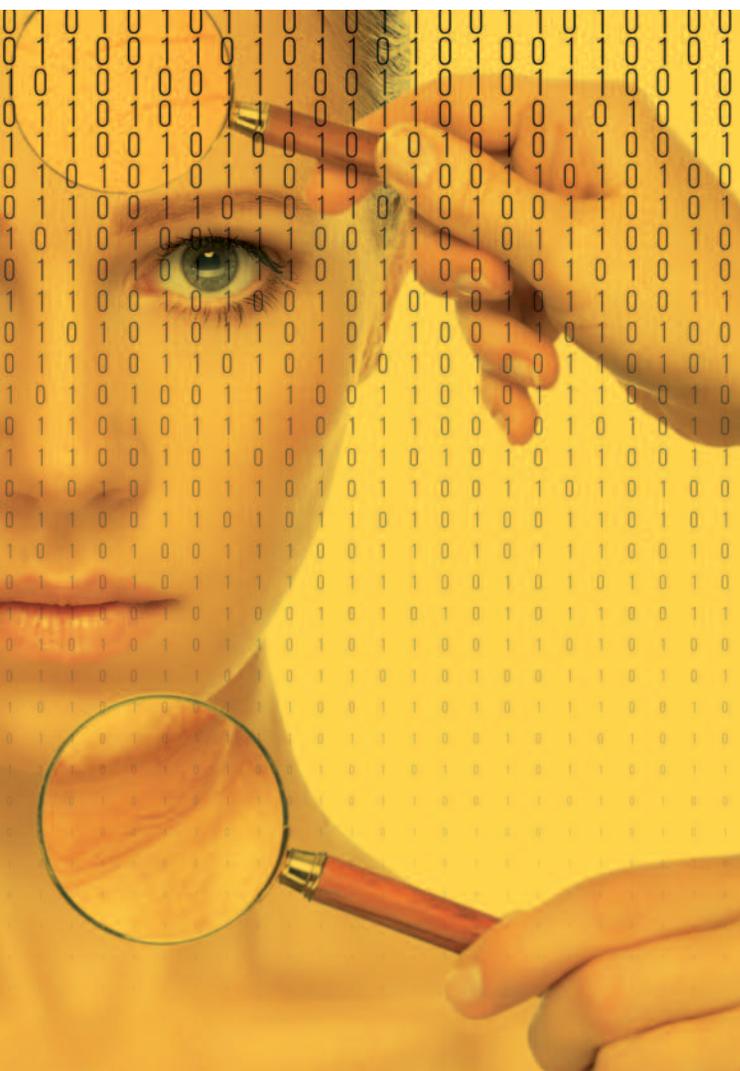
È una malattia complessa che riconosce diversi fattori di rischio - comuni alle malattie cardiovascolari - e aggravanti, associata, spesso, ad altre malattie (comorbidità), come malattie infiammatorie intestinali (Crohn), artropatie, tumori, malattie endocrine. Particolarmente interessante l'associazione con la Sindrome metabolica che ha un particolare impatto sulla gravità ed il decorso della HS, con notevoli implicazioni dal punto di vista clinico e terapeutico; allo stesso modo i dati tratti dalla letteratura confermano un significativo aumento del rischio cardiovascolare nei pazienti affetti da HS: tutto ciò dimostra come sia importante una precoce diagnosi della malattia e come il medico di famiglia si trovi nella potenziale condizione di contribuire a modificare la storia naturale della stessa, avvalendosi di alcune condizioni necessarie: avere a disposizione strumenti per la diagnosi precoce e per promuovere adeguati stili di vita; poter

lavorare/collaborare con lo specialista di riferimento (dermatologo).

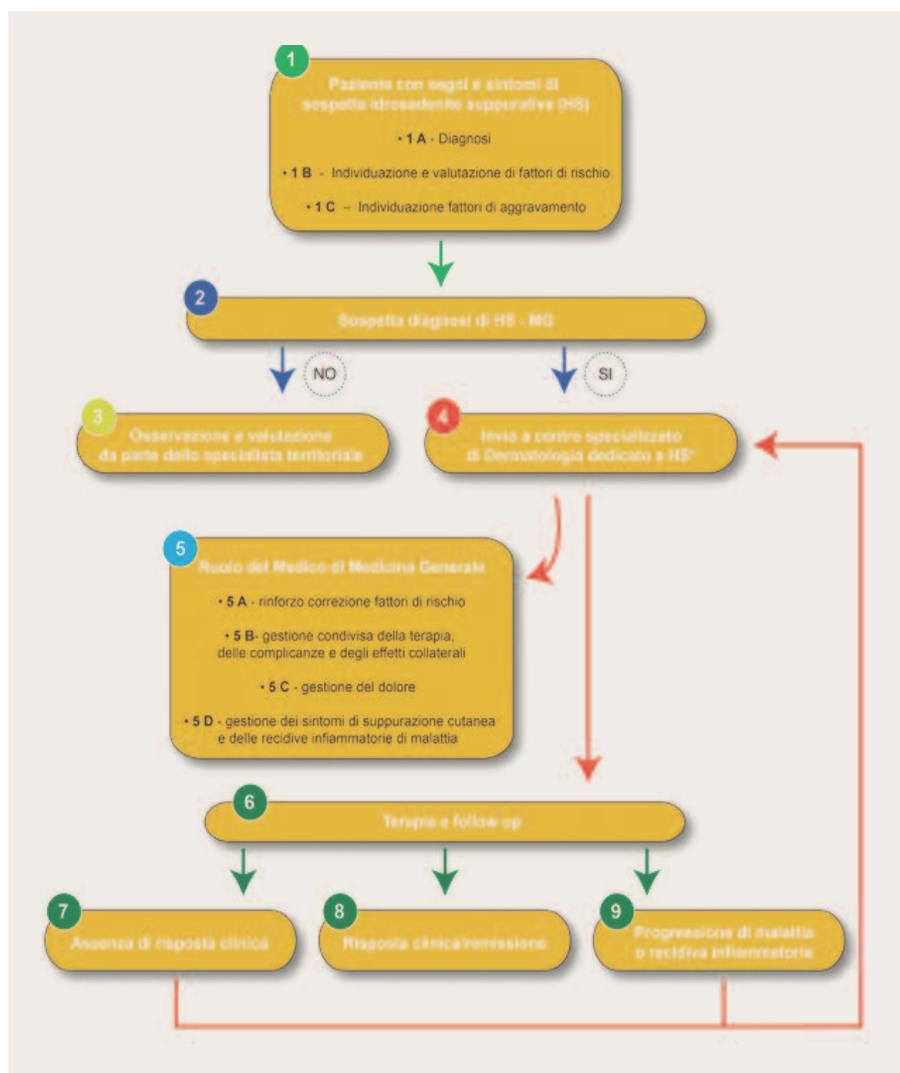
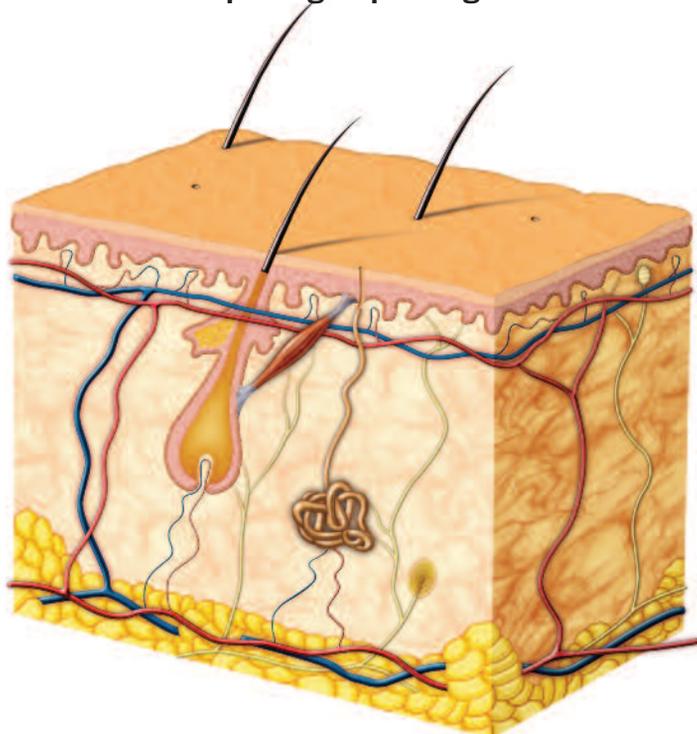
## Un algoritmo per gestione clinica della idrosadenite nella MG

Proprio per questi motivi, la FIMMG-SIMPeSV, grazie al lavoro di un board scientifico multi-disciplinare, ha elaborato un modello/algoritmo di gestione clinica della HS per la Medicina di Famiglia, in modo da armonizzare i percorsi di diagnosi e cura con la promozione dei corretti stili di vita nei pazienti affetti da questa malattia invalidante, pubblicato e consultabile sul sito di FIMMG-Alimentazione (<http://www.alimentazione.fimmg.org/idrosadenite>).

L'algoritmo permette di seguire, lungo un preciso percorso clinico-diagnostico, il paziente con segni e sintomi sospetti di idrosadenite suppurativa cronica (HS). Cliccando sul NODO 1, si aprono per il Medico le pagine web contenenti le spiegazioni e gli allegati che individuano i criteri essenziali per il sospetto diagnostico della malattia, i diversi fattori di rischio e aggravanti presenti nel paziente, suggerendo comportamenti per la modifica degli stili di vita e fornendo



**Il medico di famiglia può favorire la diagnosi precoce della malattia, avendo a disposizione uno strumento di facile impiego e capace di far individuare una patologia spesso ignorata**



strumenti adeguati (vedi Progetto S.A.F.E.). Il NODO 1 è arricchito dalla possibilità di consultare anche una esaustiva iconografia sul tipo di lesioni e sulle sedi tipiche di comparsa nell'idrosadenite.

Una volta avuto il sospetto che il paziente sia affetto da HS, il Medico di Famiglia lo invierà ad un centro specializzato di Dermatologia dedicato, dove lo specialista validerà la diagnosi, secondo i criteri dell'European Dermatology Forum (EDF), farà una stadiazione clinica e strumentale (ecografia), prescriverà la terapia specifica, gestirà le complicanze, valuterà l'impatto sulla qualità della vita e programmerà i follow up, condividendo tutto il percorso con il Medico di Famiglia e con il paziente (empowerment) (NODO 4)

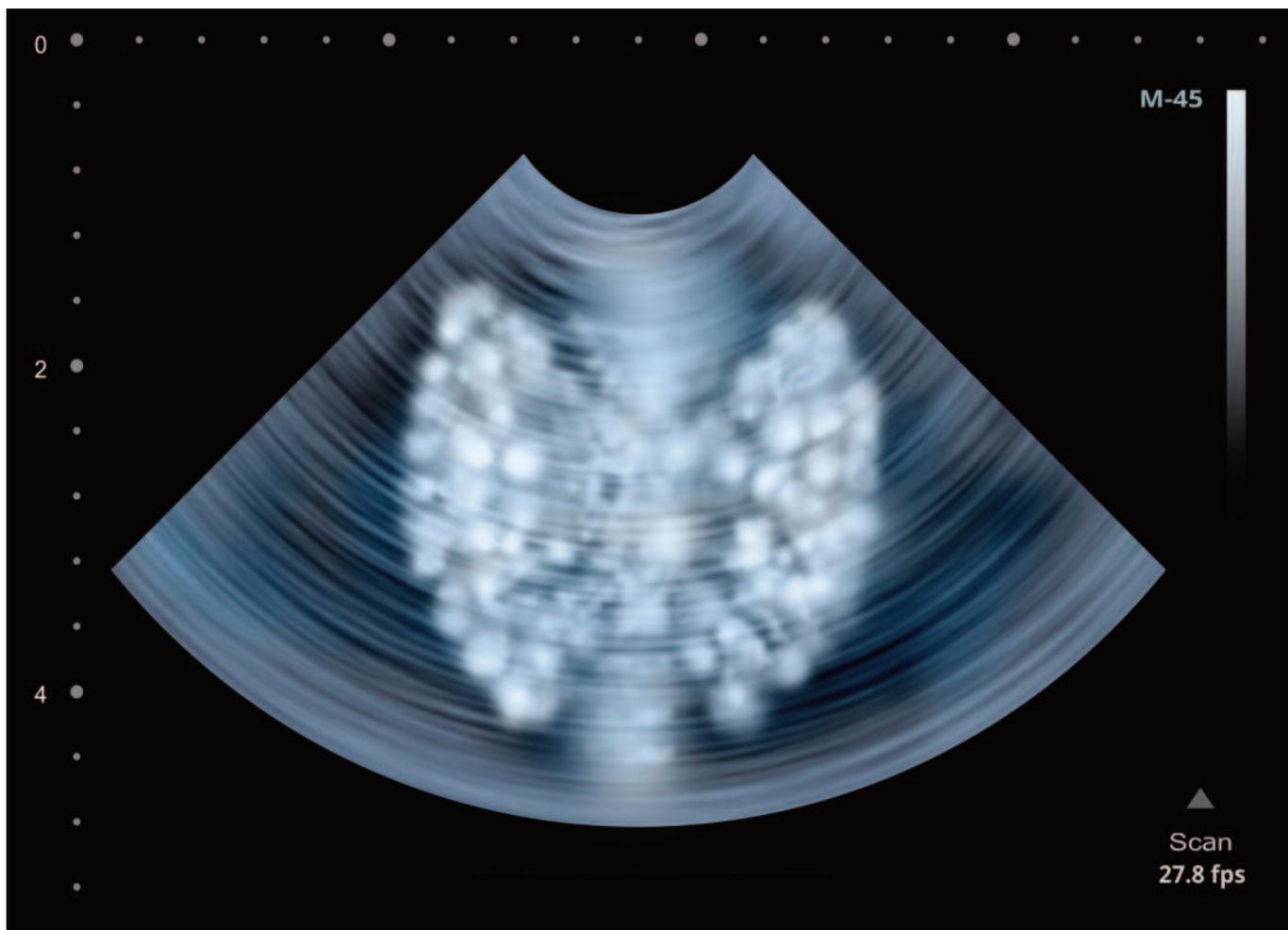
Il Medico di Famiglia, a sua volta, rivaluterà il paziente provvedendo a rinforzarne la motivazione per correggere i vari fattori di rischio presenti,; condividerà

la terapia con lo specialista di riferimento e ne seguirà l'aderenza da parte del paziente, rilevando eventuali complicanze e/o effetti collaterali della stessa; infine condividerà la gestione del dolore e dei sintomi di suppurazione cutanea e delle recidive infiammatorie di malattia, seguendo le linee guida che vengono riportate (NODO 5).

Le diverse evoluzioni della malattia, e conseguenti risposte alle terapie, seguono i NODI 7-8-9 ed i relativi percorsi suggeriti.

**In conclusione**, riteniamo di aver elaborato un algoritmo molto intuitivo e di facile applicazione e ci auguriamo che possa diventare un valido strumento, per la Medicina di Famiglia, per la gestione ambulatoriale di questa ancora poco conosciuta/diagnosticata malattia.

Pubbligate dalla Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (SIEMG) le indicazioni per la refertazione del carcinoma tiroideo



## LA PATOLOGIA NODULARE DELLA TIROIDE: UNA MODERNA EPIDEMIA?

Angelo Campanini  
Fabio Bono

Una neoplasia in aumento in Europa come negli Stati Uniti, qualcuno dice per “eccesso di diagnosi”.

Ma il dato importante è che la mortalità sia estremamente ridotta, proprio in ragione delle diagnosi e delle terapie sempre più efficaci. Negli studi dei mmg Ecografisti Generalisti si può contribuire a monitorare la situazione, senza inutili allarmi ma anche senza mettere a rischio la salute dei pazienti

### Considerazioni epidemiologiche

Tra le neoplasie che hanno evidenziato negli ultimi decenni un marcato incremento epidemiologico, un posto di rilievo spetta al carcinoma tiroideo. Questo impennarsi dell'incidenza è stato variamente segnalato in tutto il mondo e puntualizzato, per gli USA, in un fondamentale lavoro di Davis<sup>1</sup>. L'aumento si è verificato anche in Europa, dove l'incidenza media, calcolata da un survey del 2004, si è attestata tra 5,0 casi per 100.000 abitanti/anno nel sesso maschile e 12,9 casi per 100.000 abitanti/anno nelle sesso femminile<sup>2</sup>. L'AIRT working group ha pubblicato nel 2004 dati relativi all'Italia, ove l'incidenza media è stata di 5,2 casi per 100.000 abitanti/anno per gli uomini e di 15,5 casi per 100.000 abitanti/anno per le donne<sup>3</sup>.

### La controversia sull'origine dell'epidemia

Non c'è accordo in letteratura sulle cause di questa “epidemia” e alcuni autori ne

hanno imputato l'origine ad un diffondersi della metodica ultrasonografica, diagnostica per immagine molto utilizzata per lo studio della patologia tiroidea. L'ecografia è indubbiamente in grado di fare emergere noduli tiroidei di dimensioni millimetriche determinando, secondo alcuni, una "over-diagnosis" di questa patologia. Alcuni autori infatti si sono spinti a domandarsi se non fosse venuto il tempo di spegnere gli ecografi<sup>4</sup>. Questo punto di vista, in parte provocatorio, è stato sottolineato ancora recentemente in un editoriale del BMJ nella sezione "too much medicine"<sup>5</sup> a fronte soprattutto dello squilibrio che si sta verificando tra incremento di "detection" delle neoplasie da un lato e sostanziale stabilità o addirittura diminuzione della mortalità specifica dall'altro. In realtà questi tumori sono caratterizzati, nella maggior parte dei casi, da un andamento estremamente indolente.

La Vecchia, in un recente lavoro<sup>6</sup>, attribuisce l'incremento di incidenza a un aumentato accertamento e diagnosi di noduli tiroidei piccoli, ad andamento molto lento e prevalentemente a carico del tipo papillare. Ma altri autori, d'altra parte, affermano che la diminuzione di mortalità nel mondo è da attribuirsi, verosimilmente, ad un miglioramento nella diagnosi, nella gestione e nel trattamento della malattia<sup>7,8,9</sup>. Rimane fuori di dubbio che la sopravvivenza, in Europa e Nord America, soprattutto per il carcinoma papillare, è estremamente buona e si attesta oltre il 98% a 5 anni. Sulla base di quest'ultima considerazione alcuni autori considerano la diagnostica di tali neoplasie come un eccesso di diagnosi, cui necessariamente consegue un incremento, non pienamente motivato, degli interventi di tiroidectomia<sup>10</sup>.

**L'ecografia tiroidea nello studio del medico di Medicina Generale Ecografista**  
Queste considerazioni di carattere epidemiologico generale perdono tuttavia di significato quando il medico di Medicina Generale, con particolari interessi specialistici come può essere il mmg Ecografista Generalista, riscontra, anche incidentalmente, un nodulo tiroideo solitario, dal momento che sa benissimo come la mortalità per tumore tiroideo, nel suo complesso, rimanga bassa (0.4% del totale dei decessi oncologici - pool AIRTUM 2006-2009), ma sa altrettanto bene come il comportamento biologico



Il testo completo delle indicazioni per la refertazione della patologia nodulare della tiroide, elaborate dalla Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (Siemg), può essere consultato attraverso il sito [www.siemg.org](http://www.siemg.org)



**L'ecografia B-mode, con l'aiuto della seconda armonica e del color e power Doppler, è senz'altro il primo step dell'iter diagnostico, eventualmente integrato da una valutazione elastosonografica, ed apre il processo decisionale successivo**

di alcuni di questi carcinomi, ancorché molto di rado, possa manifestarsi particolarmente aggressivo o refrattario al trattamento.

Stabilito peraltro che, in base alla letteratura ed alle linee guida internazionali<sup>11</sup> non si deve proporre alla popolazione generale uno screening ecografico della tiroide, restano alcune categorie di cittadini che, per esposizione a radiazioni, familiarità neoplastica specifica, familiarità per patologia endocrina associata (Men 2) necessitano invece di una vera e propria sorveglianza ecografica.

La prima sfida da fronteggiare in caso di riscontro di patologia nodulare tiroidea solitaria, negli studi di MG che si dedicano anche all'ecografia, è quella di decidere e valutare, in base alla semeiotica ecografica, se quel nodulo, individuato in quel determinato paziente, debba essere avviato ad un percorso di secondo livello, che non può che partire dalla citologia in aspirazione con ago sottile (*Fine Needle Aspiration*).

**La semeiotica ecografica**

Per rispondere adeguatamente alle domande che il processo decisionale che si apre con l'esame ecografico pone al MMG Ecografista, si deve avere buona conoscenza della semeiotica ecografica specifica dei noduli tiroidei.

L'ecografia B-mode, con l'aiuto della seconda armonica e del color e power Doppler, è senz'altro il primo step dell'iter diagnostico, eventualmente integrato da una valutazione elastosonografica, ed apre il processo decisionale successivo.

Lo scopo della valutazione ecografica di primo livello, che SIEMG (Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale) ritiene possa e debba essere competenza del medico di Medicina Generale Ecografista Generalista (mmg EG), è quello di individuare quei segni semiologici che si correlano maggiormente ad una diagnosi di malignità, per iniziare il work-up decisionale che ha nella scelta di far sottoporre o non far sottoporre il pazien-



# LA POLMONITE SI PUÒ PREVENIRE

La polmonite pneumococcica è un'infezione del tratto respiratorio inferiore, **pericolosa per la vita**, che colpisce in tutto il mondo ed è la causa principale di morte, in particolare per **bambini <5 anni di età, anziani e persone con il sistema immunitario compromesso**.<sup>1</sup>

## Il carico della polmonite pneumococcica

La polmonite pneumococcica è associata a **elevati costi** per le cure mediche<sup>2</sup>, **elevati tassi di ospedalizzazione e durata del ricovero**<sup>3</sup>, **maggior numero di decessi rispetto all'influenza** nei pazienti con infezione delle vie respiratorie<sup>4</sup>, **rischio superiore di mortalità nei 10 anni successivi** rispetto alla popolazione generale.<sup>5</sup>

## Quali sono i fattori di rischio per la polmonite?

**L'incidenza di polmonite pneumococcica aumenta con l'età e i fattori di rischio**.<sup>6</sup>

I soggetti con **più di 65 anni** presentano un maggior rischio di polmonite.<sup>7</sup>

Altri **fattori di rischio** che aumentano le probabilità di contrarre la polmonite sono: fumo di sigaretta, recenti infezioni virali delle vie respiratorie (es. influenza), malattie respiratorie croniche (BPCO, fibrosi cistica,...), malattie cardiache, cirrosi epatica o diabete e sistema immunitario indebolito.<sup>8</sup>

**I principali sintomi** sono: febbre, tosse, difficoltà respiratoria, brividi e dolore al torace.<sup>8</sup>



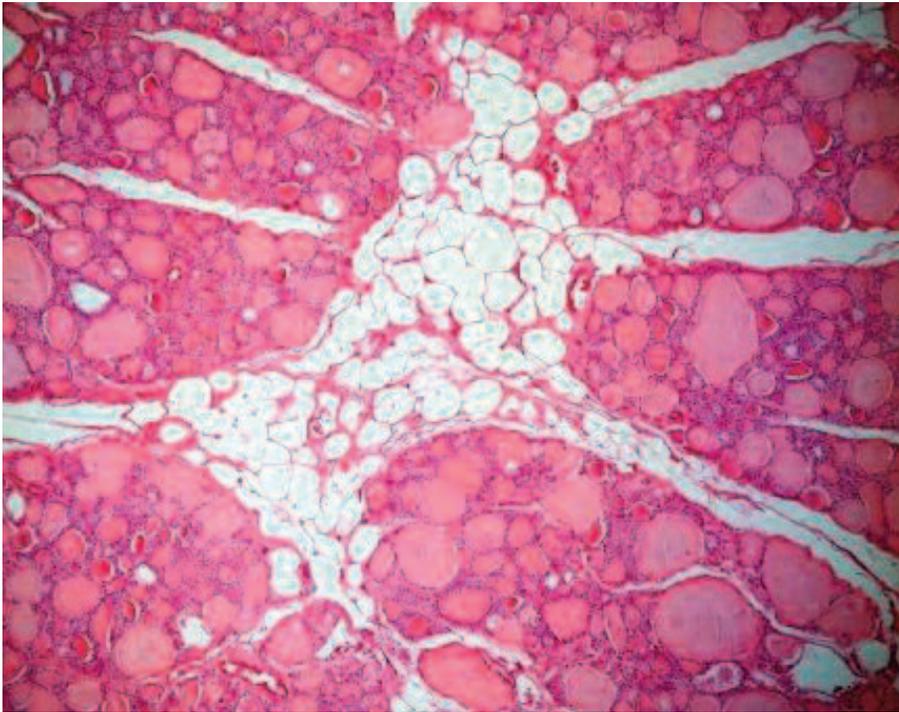
## Come prevenire la polmonite?

- ✓ seguire una dieta, svolgere attività fisica e uno stile di vita sano, seguire le indicazioni dei professionisti sanitari per immunizzazione, corretto uso dei farmaci e aderire a programmi di screening che possono aiutare le persone a rimanere in buona salute<sup>9</sup>
- ✓ evitare il contatto con persone malate e lavare regolarmente le mani<sup>10</sup>
- ✓ le **strategie di prevenzione** da porre in essere nei confronti della popolazione anziana e di quella affetta da pluripatologia si incardinano sulla **promozione della vaccinazione pneumococcica**, ritenuta una priorità anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>11</sup>
- ✓ **il vaccino pneumococcico coniugato 13-valente può essere co-somministrato con il vaccino stagionale dell'influenza**.<sup>12</sup>

Per ulteriori informazioni sul prodotto fare riferimento al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

**BIBLIOGRAFIA:** 1. Jambo KC, Sepako E, Heyderman RS, Gordon SB. Potential role for mucosally active vaccines against pneumococcal pneumonia. Trends Microbiol 2009;18(2):81-89. | 2. Birnbaum HG, Morley M, Greenberg PE, Cifaldi M, Collice GL. Economic burden of pneumonia in an employed population. Arch Intern Med 2001;161(22):2752-2731. | 3. Welte T, Torres A, Nathwani D. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe. Thorax 2012;67(1):71-79. | 4. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;385(9963):117-71. | 5. Sandvall B, Rueda AM, Musher DM. Long-term survival following pneumococcal pneumonia. Clin Infect Dis. 2013 Apr;56(8):1145-6 | 6. Shea KM, Edelsberg J, Weycker D, et al. Rates of pneumococcal disease in adults with chronic medical conditions. Open Forum Infect Dis. 2014;1(1):ofu024. | 7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pneumococcal disease - Risk factors & transmission. Disponibile al sito: <http://www.cdc.gov/pneumococcal/about/risk-transmission.html> | 8. American Lung Association. "Pneumonia, symptoms, diagnosis and treatment" in "<http://www.lung.org/lung-disease/pneumonia/symptoms-diagnosis-and.html>". | 9. Happy Ageing, "MANIFESTO per un'Alleanza italiana per l'Healthy Ageing". Disponibile al sito: <http://www.happyageing.it/manifesto-per-un'alleanza-italiana-per-lhealthy-ageing/> | 10. Center for Disease Control and Prevention, "Pneumonia Can Be Prevented-Vaccines Can Help" in <http://www.cdc.gov/features/pneumonia/> | 11. Rossi A, P. Crovari P. CAP e vaccinazione pneumococcica. Rivista Società Italiana di Medicina Generale 2014;4:28-39. In: [http://www.pacinimedica.it/wp-content/uploads/SIMG\\_4\\_14\\_NoPubb\\_web.pdf](http://www.pacinimedica.it/wp-content/uploads/SIMG_4_14_NoPubb_web.pdf). | 12. PREVENAR 13. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto

\* Il Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) ha analizzato i decessi annuali per 188 Paesi tra il 1990 e il 2013. I risultati sono stati utilizzati per valutare se vi è una convergenza epidemiologica tra i vari Paesi. Dallo studio è emerso che il patogeno che rappresenta la causa principale delle infezioni delle basse vie respiratorie è lo pneumococco.<sup>4</sup>



te cui sia stato riscontrato un nodulo tiroideo, ad esame citologico (FNA) il punto cruciale.

Si debbono osservare quindi con attenzione quelle caratteristiche eco strutturali precise, segni semiologici ecografici, riscontrabili singolarmente o in varia associazione nei noduli tiroidei, che presentano un elevato Valore Predittivo (VP) per malignità e che sono fondamentalmente i seguenti:

- ipoecogenicità marcata (VP da 41.4% a 92.2%);
- presenza di micro calcificazioni (VP da 44.2% a 95%);
- margini irregolari (VP da 48.3% a 91.8%);
- aspetto “More tall than wide” (per noduli di piccole dimensioni);
- vascolarizzazione intralesionale caotica (VP secondo alcuni 80%) - elemento oggi abbastanza messo in discussione.

#### La refertazione

SIEMG ritiene che la refertazione sia un punto cruciale della procedura diagnostica e che possa divenire anche un importante strumento di ricerca per i mmg Ecografisti Generalisti. È probabile a tal fine che si possa procedere nella realizzazione di uno strumento aggiornato e dettagliato, ma fruibile ed utilizzabile in modo differenziato (solo per la clinica o anche per la ricerca) da parte dei

MMGEG basato sulla letteratura dedicata (TI-RADS)<sup>12,13</sup> e sulle già citate linee guida.

#### Conclusioni

Anche nel campo della patologia nodulare tiroidea la MG avrebbe ed ha la possibilità di affermare il proprio punto di vista, come professione e come disciplina accademica. Ma anche in questo campo, per poter far sentire la propria voce è necessario un metodo, sono necessari strumenti, che possono sembrare “burocratici”, ma che aiutano a prendere decisioni per la migliore assistenza ai cittadini, a razionalizzare problemi diagnostici e risposte e per consentire alla Medicina Generale di giocare un ruolo da protagonista nello scenario medico scientifico nazionale.



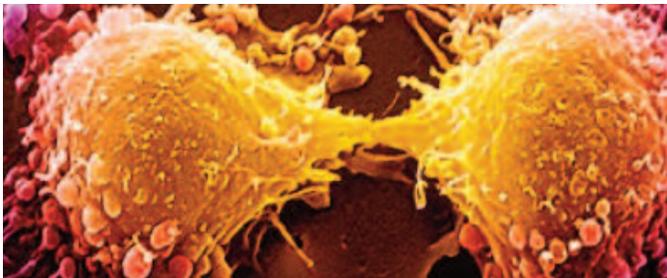
**Anche nel campo della patologia nodulare tiroidea la MG avrebbe ed ha la possibilità di affermare il proprio punto di vista, come professione e come disciplina accademica**

#### Note bibliografiche

- 1 Louise Davies, MD, MS, Gilbert Welch, MD, MPH: *Increasing Incidence of Thyroid Cancer in the United States, 1973-2002*. JAMA, May 10, 2006—Vol 295, No. 18
- 2 Boyle P, Ferlay J. *Cancer incidence and mortality in Europe, 2004*. Ann Oncol 2005;16:481-8.
- 3 AIRT Working Group. *Italian cancer figures-report 2006: incidence, mortality and estimates 2006*. Epidemiol Prev. 2006;30(1 suppl 2):80-1.
- 4 John J. Cronan, MD. *Thyroid Nodules: Is It Time to Turn Off the US Machines?*, Radiology: Volume 247: Number 3—June 2008
- 5 Juan P Brito, John C Morris, Victor M Montori. *Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours - BMJ* 2013;347:f4706 doi: 10.1136/bmj.f4706 (Published 27 August 2013)
- 6 La Vecchia C, Malvezzi, Bosetti C, Garavello W, Bertuccio P, Levi F and Negri E. *Thyroid cancer mortality and incidence: A global overview*. Int J Cancer 2014;00:1-9.
- 7 Bosetti C, Bertuccio P, Malvezzi M, et al. *Cancer mortality in Europe, 2005-2009, and an overview of trends since 1980*. Ann Oncol 2013;24:2657-71.
- 8 Kachuri L, De P, Ellison LF, et al. *Cancer incidence, mortality and survival trends in Canada, 1970- 2007*. Chronic Dis Inj Can 2013;33:69-80.
- 9 Siegel R, Ma J, Zou Z, et al. *Cancer statistics, 2014*. CA Cancer J Clin 2014;64:9-29.
- 10 Mevawalla N, McMullen T, Sidhu S, Sywak M, Robinson B and Delbridge L. *Presentation of Clinically Solitary Thyroid Nodules in Surgical Patients*. Thyroid 2011;Vol21,Num1:55-9.
- 11 Thyroid 2015 American Thyroid Association DOI: 10.1089/thy.2015.0020. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer
- 12 Eleonora Horvath, Sergio Majlis, Ricardo Rossi, Carmen Franco, Juan P. Niedmann, Alex Castro, and Miguel Dominguez. *An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management*. J Clin Endocrinol Metab. May 2009, 90(5):1748 -1751
- 13 Ji-Young Park, Hui Joong Lee, Han Won Jang, Ho Kyun Kim, Jae Hyuck Yi, Wonho Lee, and Seong Hun Kim. *A Proposal for a Thyroid Imaging Reporting and Data System for Ultrasound Features of Thyroid Carcinoma*. Thyroid. November 2009, 19(11): 1257-1264.

## Perché le cellule tumorali prostatiche sviluppano resistenza al trattamento

Un nuovo studio dell'Università di York ha dimostrato che il supplemento ormonale nei pazienti con tumore alla prostata dopo radioterapia, potrebbe potenzialmente aumentare le probabilità di recidiva del tumore. Studi condotti dal professor Norman Maitland, del Dipartimento di Biologia dell'Università di York, hanno dimostrato che le cellule staminali all'interno del tumore prostatico sono resistenti al trattamento radioterapico. Ciò significa che la massa del tumore muore con la radioterapia, ma non così il nucleo, aumentando il rischio di recidiva neoplastica. A oggi non era chiaro perché le cellule staminali -presenti in tutte le cellule umane- sopravvivessero quando il resto delle cellule veniva ucciso dalla radioterapia. Utilizzando cellule cancerose di pazienti con cancro alla prostata, i ricercatori hanno dimostrato che le proteine chiamate SMARCs, all'interno delle cellule staminali, aiutano a mantenere vivo il 'core' del cancro. I ricercatori hanno scoperto che le cellule tumorali trattate in laboratorio con un ormone glucocorticoide, normalmente somministrato ai pazienti per aumentare i livelli di energia dopo radioterapia, diventano più resistenti al trattamento antitumorale. La spiegazione di Maitland è che piccole molecole, chiamate microRNA, sono presenti in tutte le cellule "normali" e possono essere regolate dagli ormoni, mantenuti a



livelli molto bassi all'interno delle cellule staminali della prostata neoplastica. Qualsiasi aumento delle microRNA, ha un impatto sui livelli di SMARCs delle cellule staminali. Con l'assunzione di glucocorticoidi, i livelli di microRNA diminuiscono, con conseguente aumento delle SMARCs, che rendono le cellule tumorali resistenti al trattamento. Il trattamento ormonale per contrastare gli effetti di radioterapia e chemioterapia è stato uno standard terapeutico per 15 anni o più, ma a scapito dei risultati della radioterapia. Attraverso il blocco dei livelli naturali di glucocorticoidi, aumenta il numero delle molecole di microRNA e la diminuzione dei livelli di SMARCs. Il prossimo passo dei ricercatori dell'Università di York sarà quello di valutare se il blocco dei glucocorticoidi possa anche rafforzare il tasso di successo della radioterapia.

N. J. Maitland. ScienceDaily, 18 October 2016.



**La massa del tumore muore con la radioterapia, ma non così il nucleo, aumentando il rischio di recidiva neoplastica**

## Ecco come i giovani decidono quando sono "abbastanza" ubriachi

I ricercatori dell'Ohio State University hanno usato modelli matematici per spiegare i fattori che guidano il consumo di alcol e hanno scoperto che gli studenti universitari bevono fino a quando hanno raggiunto un certo livello di ubriachezza e regolano il ritmo del loro bere, come sorseggiare o inghiottire oppure passare a una bevanda non alcolica. John Clapp, direttore del Centro di prevenzione dell'abuso di alcol e droghe dell'Ohio State, ha raccolto i dati sul consumo di alcol tra gli studenti universitari ad alto rischio per più di un decennio. Questi dati (test sul respiro ed ematici) su quasi 1.500 studenti, sono stati analizzati attraverso un software matematico. È risultato che il modo in cui gli studenti hanno preso decisioni sul bere in realtà assomigliava a un sistema definito in ingegneria "controller feedback" o sistema regolatore proporzionale-derivativo che misura fino a che punto un sistema è mosso da un particolare set point e si regola di conseguenza: è lo stesso sistema di controllo della velocità di crociera in un'autovettura. Tornando allo studio, i ricercatori hanno chiesto agli studenti quanto volevano ubriacarsi e il livello di "ubriacatura" nell'arco di una serata. I dati hanno mostrato che gli studenti che volevano sentirsi "su di giri", aggiustavano il loro consumo per

## L'esposizione a sostanze chimiche costa centinaia di miliardi di dollari in costi di malattia



**L'esposizione annuale al PBDE ha causato la diminuzione di ben 11 milioni di punti di QI dei bambini, con 43.000 casi di "disabilità intellettiva"**

Negli USA, i costi sanitari annuali e i mancati guadagni, dovuti all'esposizione quotidiana a sostanze chimiche pericolose contenute comunemente in bottiglie di plastica, lattine per alimenti, detersivi, ritardanti di fiamma, giocattoli, cosmetici e pesticidi, superano i 340 miliardi di dollari, secondo una dettagliata analisi economica effettuata dai ricercatori della New York University Langone Medical Center (NYULMC). I ricercatori affermano che il contatto quotidiano con sostanze chimiche sul sistema endocrino ammonta a più del 2,3% del prodotto interno lordo USA. Lo studio stima i costi provenienti da più di 15 patologie legate ai livelli tossici delle so-

stanze chimiche alle quali è esposta la popolazione attraverso l'ingestione graduale e l'accumulo di queste tossine con i prodotti di consumo.

Le sostanze incriminate includono: bisfenolo A (BPA), comunemente usato nelle lattine di stagno per alimenti; ftalati, utilizzati nella fabbricazione di contenitori di plastica per alimenti e di molti cosmetici; policlorobifenili (PCB), come l'etere di difenile polibromurato (PBDE), che si trova nei ritardanti di fiamma contenuti in mobili e imballaggi; infine, pesticidi, come clorpirifos e organofosfati. Lo studio, durato tre anni, è la prima valutazione negli USA sui costi dovuti all'esposizione chimica messa in relazione a disturbi endocrini, neurologici e comportamentali, ma anche ai tassi di fertilità maschile, a malformazioni neonatali, endometriosi, obesità, diabete e alcuni tipi di cancro, così come la diminu-





o superiore. Lo studio proseguirà con l'utilizzo di sensori trans-dermici in modo che i ricercatori possano ottenere dati più precisi su come il tasso alcolemico varia, ad esempio, durante la notte. Le apparecchiature saranno fornite da SCRAM Systems®, una società che fornisce strumenti di controllo alle forze dell'ordine. I sensori hanno le dimensioni di un disco da hockey e misurano la concentrazione alcolica attraverso il sudore di chi li indossa. Gli studenti, tutti di età legale per bere alcol, indosseranno i braccialetti alla caviglia quando escono di casa nei fine settimana e per le due settimane di durata dello studio e indosseranno anche sensori di fitness in modo da monitorare sonno ed esercizio fisico. Lo studio prevede anche telefonate casuali, nelle quali gli studenti potranno rispondere a domande circa la loro salute, il benessere e lo stato emotivo del momento. L'obiettivo finale è quello di sviluppare un'applicazione per smartphone che avvisa un giovane o un adulto quando ha bevuto abbastanza e potrebbe inviare un messaggio per suggerire all'utente di mangiare qualcosa o di bere una bevanda non alcolica e ricordare all'interessato di chiamare un taxi per tornare a casa, onde evitare la guida dell'auto in stato di ebbrezza

J. D. Clapp et al. IEEE Transactions on Cybernetics, 2016; 1, 10.1109.

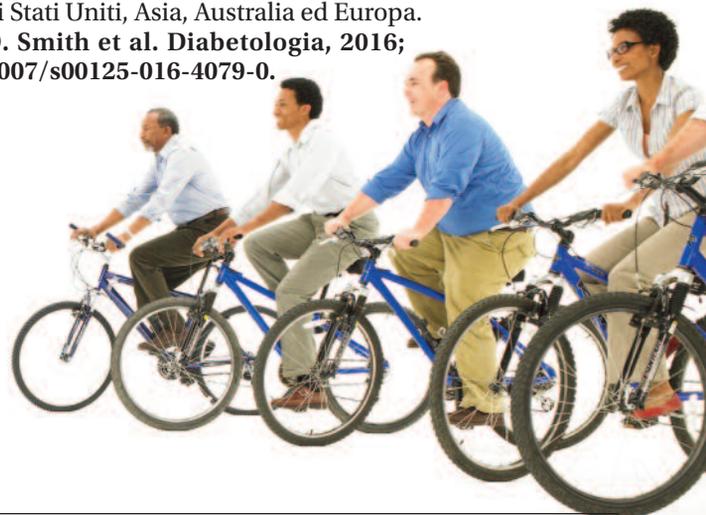
K. M. Passino et al. IEEE Transactions on Cybernetics, 2016; 46 (10): 2207, 10.1109.

mantenere un tasso alcolemico intorno a 0,05 (contenuto percentuale di etanolo per 100ml di sangue -misurazione USA), mentre coloro che hanno riferito di voler essere "molto ubriachi" avevano una media dello 0,1. In Ohio, in California e nel resto degli USA, è illegale guidare un'auto con un tasso alcolemico di 0,08

## L'esercizio fisico regolare può ridurre il rischio di diabete

Camminare di buon passo o in bicicletta per almeno 150 minuti a settimana può ridurre il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 fino al 26%, secondo una nuova ricerca condotta dall'University College of London (UCL) e dall'Università di Cambridge (UC). La prevalenza del diabete di tipo 2 è in rapida crescita a causa dell'aumento dei livelli di obesità e dovrebbe raggiungere quasi 600 milioni di casi in tutto il mondo entro il 2035. Le persone che svolgono un'ora di esercizio fisico moderato o sostenuto ogni giorno possono addirittura ridurre il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 del 40%. Il ministero della Sanità britannico raccomanda 150 minuti la settimana di esercizio, che include camminare a ritmo sostenuto, andare in bicicletta o giocare a tennis. Secondo l'Health Survey per l'Inghilterra del 2012, un terzo degli adulti non soddisfa quest'obiettivo. Lo studio di UCL e UC ha analizzato i dati riassunti su oltre un milione di persone e ha dimostrato che, mentre l'attività fisica è un bene, i benefici dell'attività fisica sono maggiori per le persone che superano i livelli raccomandati. Lo studio ha analizzato i dati provenienti da 23 studi condotti negli Stati Uniti, Asia, Australia ed Europa.

A. D. Smith et al. Diabetologia, 2016; 10.1007/s00125-016-4079-0.



zione del QI. Il team NYULMC ha raccolto i campioni di sangue e urine dei soggetti partecipanti al National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Dal 1999, NHANES ha raccolto informazioni sulla prevalenza dei fattori di rischio e sulle patologie attraverso lo studio di 5.000 volontari. I risultati: l'esposizione annuale a PBDE e pesticidi rappresenta quasi i due terzi dei costi derivati dallo sviluppo delle malattie endocrine sistemiche e neurologiche. Nello specifico, l'esposizione annuale al PBDE ha causato la diminuzione di ben 11 milioni di punti di QI dei bambini, con 43.000 casi di "disabilità intellettiva" e un costo di malattia di 266 miliardi di dollari.

L'esposizione ai pesticidi ha causato una diminuzione di 1,8 milioni di punti di QI e 7.500 casi di invalidità ogni anno, con costi totali per la salute di 44,7 miliardi

di dollari. I prodotti PCB-simili sono disponibili negli Stati Uniti e in Europa, dove le sostanze chimiche sono più strettamente regolate. "Sulla base delle nostre analisi -dice Leonardo Trasande del NYULMC-, è necessario un forte controllo normativo delle sostanze chimiche sul sistema endocrino, non solo in Europa, ma anche negli USA e ciò dovrebbe includere non solo i test di sicurezza sull'uso delle sostanze chimiche per la fabbricazione di prodotti commerciali prima dell'approvazione del governo, ma anche studi di impatto sulla salute nel corso del tempo, una volta utilizzate nei prodotti di consumo". Tra le altre principali malattie attribuite all'esposizione chimica sul sistema endocrino, vi sono stati oltre 1.500 casi stimati di autismo e più di 4.400 casi di disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). L'esposizione agli ftalati ha

contribuito allo sviluppo di 5.900 casi di obesità, 1.300 casi di diabete, 86.000 casi di endometriosi, che costano più di 47 miliardi di dollari, così come di 10.700 decessi per cause cardiache e vascolari, come l'ictus. Esistono comunque passaggi "sicuri e semplici" che le famiglie possono adottare per limitare l'esposizione alle sostanze chimiche sul sistema endocrino.

Queste includono il non utilizzo di contenitori di plastica o di cibi coperti da pellicola trasparente nei forni a microonde e il lavaggio a mano dei contenitori di plastica per alimenti, invece del lavaggio in lavastoviglie. Da ultimo, i ricercatori suggeriscono anche il passaggio ai cosmetici naturali o senza profumo.

L. Trasande et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2016, 10.1016/S2213-8587(16)30275-3.





La malnutrizione  
e la Medicina Generale

**MANGIARE TROPPO,  
MANGIARE POCO,  
MANGIARE MALE:**

**UN RISCHIO GRAVE  
PER LA SALUTE**

**Antonio Pio  
D'Ingianna,  
Daniela Livadiotti,  
Flavio Borgomastro**  
Simpesv

**Il termine malnutrizione** indica sempre uno squilibrio tra l'assunzione di cibo ed il reale fabbisogno dell'organismo di calorie e di elementi nutritivi. Comprende sia la sottanutrizione, o denutrizione, sia la sovranutrizione, che porta all'obesità. Ci sono evidenze che mettono in correlazione l'indice di massa corporea (Body mass index - BMI) e la mortalità, con la loro caratteristica curva ad U, specie negli anziani, dimostrando come gli estremi siano ugualmente pericolosi. I dati di sorveglianza del Sistema Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) del 2016, riportati dall'Istituto Superiore di Sanità, segnalano la presenza, in Italia, del 3,2% della popolazione totale in sottopeso (BMI < 18,5), e del 10,4 % di obesi (BMI > 30), quest'ultimi, secondo noi, sottostimati. Il rischio malnutrizione, poi, aumenta con l'età, per diventare un problema

molto serio nell'anziano, specie nella forma di denutrizione, che presenta una prevalenza solo del 2-16% in quelli residenti a domicilio, che sale, però, al 35-55% negli anziani ospedalizzati, fino al 70% in quelli istituzionalizzati. Questo accade per cause estrinseche che possono aggravare il problema, come, per esempio, la mancata registrazione di peso ed altezza in grafica e, quindi, la mancata constatazione della perdita di peso del paziente, durante i giorni di degenza; il salto dei pasti per indagini diagnostiche o la mancata osservazione e registrazione dell'introito alimentare, oppure i prolungati trattamenti con soluzioni glucosate e fisiologiche.

La malnutrizione proteico-energetica può essere primaria, dovuta cioè ad un apporto inadeguato di cibo che interessa soprattutto i Paesi in via di sviluppo, e può portare fino al marasma, oppure se-

condaria ad altre patologie, come avviene nei Paesi industrializzati (disturbi gastro-intestinali; sindromi da malassorbimento; glicosuria; febbre; interventi chirurgici; ustioni; malattie neurodegenerative; tumori, etc.).

#### **Apporto calorico e nutritivo nelle diverse età della vita**

L'apporto calorico giornaliero consigliato è di circa 1.400 Kcal/die tra i 2-5 anni; circa 2.000 Kcal/die tra i 6-10 anni; 2.050 per la donna, 2.550 Kcal/die, per l'uomo, tra gli 11-18 anni; nel maschio adulto sono raccomandate 2.650 Kcal/die e 2.000 nella femmina; per gli anziani tra i 60-74 anni, le Linee Guida INRAN 2003 raccomandano 1.900-2.250 Kcal/die per il maschio e 1.600-1.900 Kcal/die per la femmina, in mancanza di una particolare attività motoria, mentre un decremento del fabbisogno energetico si re-

Un'immagine dal film  
 "La grande abbuffata",  
 1973, con Philippe Noiret,  
 Marcello Mastroianni,  
 Ugo Tognazzi  
 e Michel Piccoli



Copertina dell'opuscolo  
 Consigli per una corretta  
 alimentazione nella terza età"  
 disponibile al link  
[http://alimentazione.fimmg.org/educazionali/2015/opuscolo\\_corretta\\_alimentazione.pdf](http://alimentazione.fimmg.org/educazionali/2015/opuscolo_corretta_alimentazione.pdf)

gistra intorno ai 75 anni, per il ridotto fabbisogno di base. Tale apporto calorico deve essere ottenuto con una dieta varia che non differisce qualitativamente nelle diverse età, consigliando magari regole di comportamento per facilitare i processi digestivi in quei gruppi, tipo l'anziano, in cui l'apparato masticatorio non è molto efficiente (**"Consigli per una corretta alimentazione nella terza età"**):

[http://alimentazione.fimmg.org/educazionali/2015/opuscolo\\_corretta\\_alimentazione.pdf](http://alimentazione.fimmg.org/educazionali/2015/opuscolo_corretta_alimentazione.pdf).

Nell'infanzia, l'apporto energetico e delle sostanze nutritive essenziali deve essere soddisfacente, per evitare sindromi carenziali che possono associarsi a difetto di sviluppo (neurologico e cognitivo per carenza di ferro, per es.), a ritardi di crescita o ad altre patologie (malattie emorragiche e carenza di vitamina K; gozzo tiroideo per carenza di iodio).

L'adolescenza è un periodo particolare in cui i rischi di squilibri dietetici sono alti, sia per le aumentate esigenze nutrizionali che non sempre vengono assunte in qualità e quantità corrette, sia per gli stereotipi che attraggono i ragazzi, producendo in essi la voglia di emulazione e condotte consequenziali pericolose:

mi riferisco all'alimentazione iperproteica, o addirittura con anabolizzanti, consigliata in alcune palestre, fino ai veri disturbi del comportamento alimentare, come l'anoressia e/o la bulimia. L'anoressia colpisce soprattutto le ragazze, con una incidenza dell'1%, ed è caratterizzata dallo scadimento generale, amenorrea secondaria e perdita di peso. Talvolta, nei casi estremi di carenza proteica, si può osservare un edema diffuso. La ragazza non ha contezza del suo stato psico-fisico, mentre comincia a perdere i capelli, la cute diventa sempre più secca e giallastra e si ricopre di pelo a tipo lanugine, soffre di ipotermia, ipotensione ed iperattività e/o letargia. Nella bulimia nervosa, la ragazza, al contrario, mangia molto, salvo poi vomitare perché ha sempre la finalità di dimagrire, per apparire. In questo caso potremo trovare lesioni del cavo orale e delle estremità delle dita, iperemia della faringe ed erosioni dei denti, della faccetta interna, per gli esiti del contatto, ripetuto, con gli acidi gastrici. Anche in questo caso avremo uno stato carenziale, come anemia e deficit di elettroliti, causati dal vomito o dall'abuso di lassativi e diuretici. Cause mediche e sociali sono alla base della malnutrizione calorico-proteica, nell'anziano, ed il suo precoce ricono-

scimento ha un'importanza pratica ed immediata, perché *il recupero di almeno il 5% del peso corporeo è in grado di ridurre l'incidenza della morbilità e della mortalità*. Per necessità di sintesi si vuole ricordare solo che l'iposcizia, l'edentulismo, l'interessamento delle articolazioni temporo-mandibolari ed i deficit neuromuscolari della deglutizione, possono portare ad una disfagia che, secondo alcuni dati epidemiologici, è la responsabile del 40% delle morti per ictus, tanto da delinearci, recentemente, una nuova disciplina scientifica: la Deglutologia.

Nel caso in cui la malnutrizione diventi pericolosa per la disfagia, e si prospetti una nutrizione artificiale per lunghi periodi (superiori ai due mesi), si preferisce, alla nutrizione enterale con sondino naso-gastrico, la gastrostomia endoscopica percutanea (P.E.G.).

Le conseguenze della malnutrizione si esplicano con un ritardo nella guarigione delle ferite; una ridotta funzionalità intestinale e muscolare; una ridotta risposta ventilatoria ed immunitaria, con conseguente aumento del rischio delle infezioni, della morbilità e della durata della degenza ospedaliera, che è di circa il doppio più lunga, nei soggetti malnutriti con riduzione del peso >10% nel me-



se precedente o peso inferiore al 75% del peso ideale, e ipoalbuminemia  $<3,5$  g/dl, rispetto ai controlli. Naturalmente, in questi casi, aumenta la prescrizione e l'uso dei farmaci; la durata della riabilitazione; i costi della gestione sanitaria e la mortalità, mentre peggiora la qualità della vita. La malnutrizione, può provocare "modificazioni nell'assorbimento, nel trasporto, nel metabolismo e nell'eliminazione dei farmaci".

### Come valutare e intervenire contro il rischio di malnutrizione: i medici di MG "esperti"

Diventa importante, quindi, fare diagnosi di malnutrizione o, meglio, ancora prima, di rischio di malnutrizione, servendosi di indicatori clinici, bio-umorali ed antropometrici, utilizzando anche tabelle validate per la valutazione complessiva dello stato nutrizionale, specie nell'anziano, come il Protocollo Scales (Morley JE, et al., *Minuti* 1993) o il M.N.A. (*Mini Nutritional Assessment: Guido Y. et al*, 1995) o griglie per la valutazione delle porzioni consumate (G.P.C.), per programmare tutta una serie di interventi nutrizionali, a vari livelli e nelle diverse sedi (ospedale, istituti, domicilio), finalizzati a correggere anzitutto l'eventuale squilibrio elettrolitico, poi a coprire il fabbisogno energetico (con i tempi opportuni e necessari per evitare scompensi cardio-circolatori), quindi ad eliminare lo stato catabolico e a ricostituire la massa magra, ricordando che una "ginnastica appropriata, durante la fase di rialimentazione, è più importante di un supporto anabolizzante". La Simpesv già da tempo è impegnata nello studio e valutazione delle malnutrizioni e delle sindromi collegate, ed ha pubblicato anche un manuale, per il caregiver, di "valutazione e gestione del rischio nutrizionale negli anziani".

L'intento della Simpesv è quello di continuare in questo impegno, interagendo con tutte le altre figure professionali, del mondo Accademico, Ospedaliero e del Territorio, nella usuale sinergia culturale e formativa adoperata in tutti questi anni, per formare MMG "esperti" che, nella riorganizzazione della MG in AFT e

UCCP, possano prendere in carico i pazienti con malnutrizione, lavorando con competenza in un team multi professionale, facendo ricerca per ottimizzare metodi di intervento e di lavoro, con risultati di esito e appropriatezza di cure.

### Bibliografia:

- I dati Passi 2016:  
<http://www.epicentro.iss.it/passi>
- Bissoli L., et al.: Linee Guida per la valutazione della malnutrizione dell'anziano. *G Gerontol* 2001; 49:4-12.
- G.E. Ministero delle politiche Agricole e Forestali: LG INRAN per una sana alimentazione italiana, 2003
- L. M. Tierney, et al.: *Diagnostica Medica & Terapia*. Piccin Ed., 2000
- A.P. D'Ingianna: Malnutrizione e sindromi carenziali nell'anziano. Atti del Congresso FIMMG-METIS, 2006
- G. Rossi: *Trattato di Otorinolaringoiatria*. Edizione Minerva Medica, 1997-Torino
- F.Pace, et al: Storia naturale della malattia da reflusso gastroesofageo senza esofagite (NERD). *Rivalutazione a 10 anni di distanza*. *NeUroGastroenterologia* 2003 N. 3/4: 45-50

- Aldo E. Tàmmaro, et al.: *Manuale di Geriatria e Gerontologia*. McGraw-Hill libri Italia srl, 1996, Milano
- G. Cecchetto, et al.: Polipatologia, farmacoterapia e malnutrizione nell'anziano: uno studio in anziani ospedalizzati. *G Gerontol* 2006; 54:11-16
- KE Covinsky, et al.: Serum albumin concentration and clinical assessments of nutritional status in hospitalized older people: different sides of different coins? *J AM Geriatr Soc* 2002; 50:631-7
- Brescianini S., et al.: Low total cholesterol and increased risk of dying: are low levels clinical warning signs in the elderly? Results from the Italian longitudinal study on aging. *J AM Geriatr Soc* 2003; 51:991-6.
- Marigliano V.: *Argomenti di Geriatria*. Casa editrice Scientifica Internazionale, 2002, Roma.
- Senin U.: *Paziente anziano e paziente geriatrico*. EdiSES s.r.l., 1999, Napoli
- Pitzalis G., et al: *Mangiare informati*. 2005 Elaborazione Editrice- Roma
- Goldman L., et al.: *Cecil Trattato di Medicina Interna*, 2001. Verducci Editore-Roma
- "Consigli per una corretta alimentazione nella terza età":  
[http://alimentazione.fimmg.org/educazioni/2015/opuscolo\\_corretta\\_alimentazione.pdf](http://alimentazione.fimmg.org/educazioni/2015/opuscolo_corretta_alimentazione.pdf)



La Simpesv già da tempo è impegnata nello studio e valutazione delle malnutrizioni e delle sindromi collegate, ed ha pubblicato anche un manuale, per il caregiver, di "valutazione e gestione del rischio nutrizionale negli anziani"



Marco Fantini

## LONG TERM CARE, DALL'ENPAM 1.035 EURO MENSILI PER TUTTI I MEDICI E I DENTISTI

**A essere garantiti per sempre sono gli iscritti oggi in attività, gli iscritti futuri e i pensionati che svolgono ancora attività libero professionale, a condizione che lo scorso 1 agosto non avessero già compiuto 70 anni**

TUTTI I MEDICI E DENTISTI in attività sono protetti dal rischio di non essere più autosufficienti grazie a una polizza introdotta dall'Enpam attiva automaticamente dal primo agosto scorso. La copertura Long Term Care, che non prevede costi aggiuntivi per gli iscritti, dà diritto a 1.035 euro mensili netti nel caso in cui si perda l'autonomia in tre attività ordinarie della vita quotidiana (e non quattro come solitamente richiesto) oppure nel caso di morbo di Alzheimer o di Parkinson. "Abbiamo raggiunto uno degli obiettivi storici della Fondazione Enpam. Prima con l'assistenza tradizionale e poi, dal 2009, con l'ausilio del 5 per mille abbiamo esplorato ogni via possibile per arrivare a una tutela piena in caso di non autosufficienza - dice il presidente di Enpam Alberto Oliveti -. Quando qualche anno fa abbiamo lanciato il progetto Quadrifoglio per dare un welfare a tutto tondo agli iscritti, avevamo individuato proprio nella Ltc la prima componente assistenziale da attuare. Oggi è un grande traguardo tagliato, che aumenta il valore dell'essere parte del nostro Ente di categoria".

La nuova tutela è compresa nel pagamento della Quota A, ed è cumulabile con altre coperture assicurative già eventualmente sottoscritte da un camice bianco. Dal punto di vista dei costi, le condizioni ottenute dall'Enpam hanno permesso un risparmio di circa venti volte rispetto ai prezzi disponibili sul mercato per i singoli professionisti. L'operazione costerà alla Fondazione 5,4 milioni di euro all'anno, coperti dai fondi inutilizzati per l'assistenza della Quota A. A essere garantiti per sempre sono gli iscritti oggi in attività (indipendentemente dall'entità dei contributi versati), gli iscritti futuri e i pensionati che svolgono ancora attività libero professionale, a condizione che lo scorso 1 agosto non avessero già compiuto 70 anni. In questo caso restano valide le tutele già previste dall'Enpam, rivolte a iscritti, pensionati e superstiti non autosufficienti che ver-



sano in precarie condizioni economiche. Lo scorso anno, per esempio, sono stati spesi 2,1 milioni di euro per l'assistenza domiciliare e 463mila euro per l'integrazione delle rette delle case di riposo. La rendita per la Long term care non sostituisce ma si aggiunge a quella già prevista della pensione d'invalidità, riservata a medici e odontoiatri colpiti da un'infermità assoluta e permanente. In questa eventualità la tutela consiste in un'entrata di almeno 15mila euro annui, che l'Enpam assicura anche senza un'anzianità contributiva minima. "Assicurarsi contro il rischio di perdita dell'autosufficienza - ha detto ancora il presidente Oliveti - significa adeguare e aggiornare le nostre tutele. Proprio i medici e i dentisti non potevano farsi trovare impreparati in un settore come quello delle cure di lunga durata, da cui domani proverranno molte delle opportunità professionali riservate alla categoria".

La polizza Ltc è stata stipulata attraverso Emapi, Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani, soggetto senza scopo di lucro di cui la Fondazione è entrata a far parte insieme ad altre otto Casse previdenziali private. La copertura effettiva è affidata al gruppo assicurativo Poste Vita, vincitore di una gara europea cui hanno partecipato le principali compagnie attive in Italia.

## Una rendita integrabile

**I 1.035 euro che gli iscritti Enpam percepiscono in caso di perdita dell'autosufficienza sono cumulabili con le altre coperture integrative per le Long Term Care. Per esempio, chi ha già aderito al fondo sanitario integrativo Galeno-Ombrello, che tra le sue prestazioni prevede una rendita per le Long Term Care di 700 euro, riceverà mensilmente 1.735 euro (1735 € = 1035 € + 700 €).**

# Graffi(ti) dalla Magna Grecia



Bruno Cristiano

## IL MITO DI BELLEROFONTE

**Dopo dieci anni è mai possibile che torni la sindrome di Bellerofonte? Ecco il mito: ne faccia tesoro il nuovo S.G.**

Le vicissitudini del nostro eroe cominciano con l'uccisione di un tiranno di ... Corinto, chiamato con vari nomi nelle varianti del mito, tra cui quello di Bellerofonte (e da ciò discenderebbe il suo nome: "uccisore di Bellerofonte"); in seguito a questo delitto dovette lasciare la città e andò a Tirinto dal re Preto. Ma anche da qui dove' presto partire: accusato dalla moglie di Preto, offesa per la sua indifferenza verso di lei, di aver tentato di sedurla, fu mandato dal re presso Iobate, re di Licia, latore di alcune tavolette scritte, nelle quali Preto chiedeva di far morire il giovane, indicando la causa della sua condanna (da ciò vengono dette *Bellerophonis tabellae* tutte le lettere che sotto falsa apparenza sono poi causa di gravi mali al loro

latore). Iobate sottopose perciò Bellerofonte a prove durissime, dalle quali pensava che non sarebbe tornato vivo. Prima gli ordinò di uccidere la Chimera, un essere mostruoso - leone davanti, ma con una testa caprina che sputava fiamme, e drago di dietro - che devastava il paese; ma Bellerofonte piombò dall'alto sulla Chimera a cavallo di Pegaso e la uccise con un colpo solo. Allora Iobate lo mandò a combattere i Solimi, popolazione limitrofa feroce e bellicosa, e poi contro le Amazzoni, e infine riunì una truppa dei più forti Lidi e ordinò loro di ucciderlo in un'imboscata.

Da tutte queste imprese e insidie Bellerofonte tornò vincitore, per cui Iobate riconobbe la sua origine divina, si convinse della sua innocenza, e lo invitò a restare con lui; inoltre gli dette in moglie la figlia e morendo gli trasmise il regno.

Bellerofonte era così passato dalla misera condizione di esule a quella di principe, ma ciò non gli bastò ed egli decise di ascendere col suo cavallo alato fino all'Olimpo e di accedervi come un immortale. Era un peccato di eccessiva ambizione e Zeus lo punì; mandò un tafano che punse Pegaso, il quale sgroppò, facendo precipitare sulla terra Bellerofonte, che morì. Pegaso rimase a Zeus, che lo usò per il trasporto delle sue folgori, e infine fu trasformato in costellazione.



# L'impegno di Mylan a sostegno dell'Aderenza Terapeutica.

## *sequilaterapia*

un esclusivo ed innovativo servizio: tramite l'invio gratuito di promemoria, digitali o telefonici, ricorda al paziente di assumere i medicinali e lo allerta in caso di imminente esaurimento delle confezioni.



\*Rapporto OsMed 2014

**Seguilaterapia** favorisce l'aderenza del paziente alla terapia, attraverso una maggiore collaborazione tra farmacista e medico di famiglia.

Dati recenti\* infatti evidenziano, soprattutto tra gli anziani e i soggetti politrattati, una percentuale modesta di pazienti che seguono correttamente le indicazioni del medico.

Per saperne di più visiti il sito [www.seguilaterapia.it](http://www.seguilaterapia.it)

Il progetto è di proprietà di MTCS S.r.l.

Con il patrocinio di

Con il supporto incondizionato di

