



FIMMG È FIMMG

Il nuovo segretario nazionale
Silvestro Scotti e l'Esecutivo
eletto dal Congresso Straordinario
tracciano le linee della nuova fase
del sindacato

am
AVVENIRE
MEDICO

IL MENSILE DELLA FIMMG
NUMERO 6 - 2016 ANNO LIV

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Famiglia

7 MANOVRA ECONOMICA
La legge di bilancio 2017
ha stanziato 113 miliardi
per la sanità

13 ATTUALITÀ
Meningite: combattere
l'allarmismo con una
buona informazione

17 SIMPESV
La sindrome dell'intestino
irritabile

LE PRIORITÀ DEL 2017

SOTTOSCRIZIONE ACN E RAPIDO ACCESSO ALLA PROFESSIONE

Se dovessimo prestare incondizionatamente attenzione a tutte le notizie del nostro mondo (quello sanitario, è chiaro), che quotidianamente riceviamo dal web, dalle rassegne stampa e dai notiziari radio e TV, la nostra giornata si trasformerebbe in qualcosa di improponibile anche al migliore dei nostri collaboratori.

Parliamo di comunicazione, è ovvio.

Partire dalle cose che più contano, esercitare appieno la capacità di giudizio in ordine alla rilevanza degli accadimenti che ciascuno di noi pensa di aver avuto in dono, analizzare con freddezza e raziocinio le novità che ogni giorno siamo costretti a seguire e a diffondere senza farci catturare dall'ansia di prestazione: questo è il nostro lavoro.

Diversamente, il rischio sarebbe, a sera, di vederci costretti a ricorrere all'analista di fiducia, o peggio ancora a qualche rimedio farmacologico: le incrostazioni accumulate, sicuro impedimento per il normale fluire dell'attività del giorno successivo, necessariamente dovrebbero essere rimosse.

Inoltre, nella pratica professionale è sempre più evidente, e lo sa bene chi ci sta leggendo, come la burocrazia e nuovi lacci e laccioli normativi rendano sempre più difficile il lavoro quotidiano.

I rapporti interpersonali, nel fluire della giornata, con i colleghi, con i pazienti e con le persone con cui entriamo in contatto anche occasionalmente, sembrano aver acquisito una dimensione "diversa", presentandosi quasi intrisi da una sorta di provvisorietà, di "liquidità", magistralmente descritta e commentata da Zygmunt Bauman che ci ha da poco lasciati.

La cosa ci deve preoccupare. È di solidità che abbiamo bisogno, di punti fermi, di obiettivi semplici, chiari e raggiungibili.

E per noi, che ci occupiamo della promozione della Medicina Generale e della difesa dei suoi interessi, due sono le cose importanti e "solide" che dovranno essere al centro del nostro 2017: chiudere la convenzione con successo e creare le condizioni per facilitare l'accesso alla professione dei giovani colleghi.

È questo l'augurio che ci sentiamo di fare a Silvestro Scotti e alla squadra che ha scelto per guidare la Medicina Generale italiana.

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

Direttore responsabile
Fiorenzo Corti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Gennaro Barbieri,
Fabio Bono, Flavio Borgomastro,
Angelo Campanini,
Stefano Cellotto,
Lucia Conti,
Marco Fantini,
Luciano Fassari,
Daniela Livadiotti,
Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Stefano A. Nobili,
Giovanni Paolo Reina,
Giovanni Rodriguez

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication

Editore
Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio 18
00147 Roma
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 dicembre 2016

RAFFORZARE IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE A PARTIRE DAI TERRITORI

Il nuovo segretario generale nazionale traccia le linee di una nuova fase per la Fimmg. Secondo Silvestro Scotti “La ‘collegialità responsabile’ deve essere il punto di riferimento delle azioni del nostro sindacato, recuperando il ruolo fondamentale che svolgono i territori nei rapporti istituzionali e politici”.

Bene evidenziare le diversità territoriali che in questi anni hanno caratterizzato i modelli territoriali nelle varie regioni, ma queste diversità possono essere anche ricchezze se riusciamo ad inquadrarle in un ACN di sintesi nazionale



Il Congresso straordinario che si è tenuto a Roma alla fine di novembre scorso lo ha eletto segretario generale nazionale della Fimmg, insieme ad una ricca squadra: “La ‘collegialità responsabile’ deve essere un punto di riferimento delle azioni del nostro sindacato, recuperando il ruolo fondamentale che svolgono i territori nei rapporti istituzionali e politici – ha detto Silvestro Scotti subito dopo la sua elezione. – Per la Fimmg si apre oggi una nuova fase, ma il primo impegno resta la ripresa delle trattative per il nuovo ACN. Bisogna fare presto e fare bene perché non è più rimandabile la definizione di una Convenzione che ci permetta di curare i nostri pazienti al meglio”.

Eva Antoniotti

Segretario Scotti, perché è così importante la ‘collegialità responsabile’ di questo nuovo Esecutivo Fimmg?

La medicina di famiglia è capillare, diffusa in tutto il Paese, e ne rispecchia differenze e specificità. Per questo come Sindacato non possiamo più permetterci di far ricadere, nel bene e nel male, le responsabilità solo sui soggetti apicali. In questa fase è fondamentale una responsabilità allargata, proprio per recuperare il ruolo capillare che svolgono i territori nei rapporti con la politica, con l'accademia e con tutti i soggetti con cui Fimmg vuole interloquire.

Come immaginate la Medicina Generale dei prossimi anni?

Il nostro modello è chiaro: è necessario potenziare, anche a livello contrattuale, l'autonomia organizzativa e la responsa-

“
Per la Fimmg si apre oggi una nuova fase, ma il primo impegno resta la ripresa delle trattative per il nuovo ACN

bilità professionale per garantire una presa in carico globale del paziente mantenendo fermo il valore fondante della Medicina Generale che è il rapporto di fiducia con i nostri pazienti.

Si profilano anche modelli di assistenza territoriale che puntano prevalentemente sulla copertura oraria e che potrebbe realizzarsi con costi inferiori. Perché il rapporto di fiducia tra medico e cittadino dovrebbe essere vantaggioso per il sistema sanitario?

L'idea della copertura in termini orari, H16 o H24 che sia, è una piatta riproposizione del modello ospedaliero. I medici di Medicina Generale operano su un piano diverso: noi possiamo essere il garante etico del sistema pubblico, proprio puntando sulla relazione che abbiamo con i nostri cittadini-pazienti. Prendere in carico una persona affetta da patologia cronica, e più spesso da multi patologie, vuol dire aiutarla a compiere le scelte migliori dal punto di vista diagnostico, sostenerla nell'aderenza alle terapie, evitare per quanto possibile ricoveri ospedalieri non necessari. E allo stesso modo il rapporto fiduciario è prezioso per la prevenzione delle patologie e per l'orientamento verso stili di vita sani.

In questa chiave, il ruolo della Medicina Generale è strategico, se si guarda senza miopia anche in una prospettiva in cui possa rafforzarsi il ruolo dell'assistenza sanitaria integrativa.

Un primo ostacolo a questa visione sembra essere quello delle risorse eco-

nomiche: l'Acn è in stallo da anni e sembra avere comunque pochi fondi a disposizione per il rinnovo.

Abbiamo già riaperto il confronto con la Sisac: appare evidente la disponibilità presente su molti Accordi Integrativi Regionali con risorse impegnate per l'assistenza alla cronicità e alla fragilità che vanno valorizzate e associate a modelli di retribuzione variabile per obiettivi definiti a livello nazionale. Siamo poi in attesa dei provvedimenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la completa definizione delle risorse previste nella legge di bilancio 2017 per il PI, che prevede un adeguamento di oltre un punto percentuale per il periodo di vacanza contrattuale dal 2010 ad oggi, e quindi il recupero in arretrati di redditività e versamento previdenziale.

Una seconda difficoltà potrebbe essere nelle risorse umane. Nei prossimi anni è prevista un'uscita dalla professione di una quota consistente di mmg. Come si può realizzare un adeguato ricambio generazionale?

Secondo i nostri calcoli per consentire continuità alla medicina di famiglia andrebbe raddoppiato il numero dei medici che accedono ai corsi di formazione specifica in Medicina Generale. E credo che si debba approfondire la modalità della formazione che, al di là delle denominazioni, deve sempre ricordare che la medicina generale si insegna e si impara negli studi dei medici di famiglia e nelle aule universitarie.

Ecco il nuovo Esecutivo nazionale del sindacato, eletto nel Congresso straordinario dello scorso novembre

è FIMMG

FIMMG LA NUOVA SQUADRA PER UNA COLLEGIALITÀ RESPONSABILE



PIERLUIGI BARTOLETTI
VICESEGRETARIO NAZIONALE VICARIO

MALEK MEDIATI
VICESEGRETARIO NAZIONALE ORGANIZZATIVO

GIACOMO CAUDO
VICESEGRETARIO NAZIONALE TESORIERE

La Medicina Generale a sostegno del sistema sanitario

“Concorrere ad un obiettivo comune: dare un ruolo migliore alla MG nell’ambito del sistema sanitario.

La Medicina Generale può dare un grande sostegno alla tenuta del sistema sanitario pubblico se messa in condizioni di operare al meglio sul suo terreno, in particolare per quel che riguarda la prevenzione e la presa in carico della cronicità. La nuova convenzione può essere una riforma reale del sistema, se teniamo ben presente la situazione attuale, che vede 13 miliardi all’anno di spesa out of pocket da parte dei cittadini e continui interventi di riduzione delle risorse al sistema pubblico, dai piani di rientro regionali, ai ticket, ai tagli lineari”.

Attenzione alle politiche per i giovani medici

“Va assolutamente sottolineato il sostegno della nostra associazione alle politiche della Fondazione Enpam, che in questo momento sta subendo un danno di immagine. Ciò è ancora più importante ora, in una fase di ricambio generazionale che deve vedere il rispetto dei diritti acquisiti, ma anche un’attenzione ai giovani medici che entrano in questi anni nella professione. Seguiamo con particolare attenzione le politiche di sostegno alle nuove generazioni professionali, perché questo è un elemento vitale per la tenuta del sistema”.

Rispondere alle nuove esigenze sanitarie in tutte le diverse realtà

“Dobbiamo creare le condizioni per programmare una Medicina Generale che abbia la capacità di rispondere alle nuove esigenze sanitarie della popolazione, facendo attenzione anche alle diverse condizioni delle differenti aree geografiche del paese. La reale disponibilità di mezzi e strumenti, le realtà socio economiche e la stessa struttura orogeografica dei territori creano condizioni specifiche, a ciascuna delle quali la Medicina Generale deve essere messa in condizione di poter rispondere adeguatamente”.

FILIPPO ANELLI
VICESEGRETARIO NAZIONALE

Nuovo Statuto Fimmg e nuovi strumenti per la MG

“Abbiamo molte cose da fare, ma voglio segnalarne soprattutto due. La prima riguarda la vita interna della Fimmg: occorre in tempi rapidi rivedere lo Statuto, per ponderare il potere tra i diversi organi dirigenti e fare in modo che non ci sia mai più ‘un uomo solo al comando’. Il secondo tema è certamente il rinnovo della Convenzione: dobbiamo intensificare il confronto con la politica per rendere realmente possibile in tutto il Paese una presenza della Medicina Generale strutturata, che possa contare su collaboratori e infermieri e quindi affrontare le sfide della cronicità, della fragilità e della prevenzione. Infine Fimmg, anche attraverso la sua presenza nelle istituzioni del mondo medico, deve portare il suo contributo di idee e di proposta in tutto il dibattito che investe la professione medica”.

VITTORIO BOSCHERINI,
VICESEGRETARIO NAZIONALE

Dare più ruolo e più risorse economiche alla sanità territoriale

“Occorre creare le condizioni affinché la Medicina Generale, in una situazione economica difficile, assuma ruolo, compiti e funzioni, soprattutto in relazione alla cronicità. Questo è ciò che davvero serve al sistema sanitario ed è anche ciò che consentirà alla Medicina Generale di affermare il suo ruolo ed avere soddisfazioni di carattere economico. Oggi l’85% delle risorse del Ssn di fatto sono utilizzate per la cronicità, ma solo una piccola parte si riversa nel territorio. Occorre quindi pensare a nuovi modelli: in Toscana l’accordo, stipulato nel 2009, pone il medico di Medicina Generale a capo di un team che prende in carico i pazienti cronici e questo consente un miglioramento nella gestione e anche un risparmio economico, che può essere utilizzato in maniera virtuosa per rafforzare la MG”.

FIorenzo Corti
VICESEGRETARIO NAZIONALE

Segnare la discontinuità e valorizzare l’associazionismo medico

“Questa nuova fase della Fimmg deve segnare una reale discontinuità, valorizzando esperienze dell’associazionismo medico che mostrano elementi di sussidiarietà nel sistema sanitario, per quanto riguarda sia la possibilità di eseguire prestazioni diagnostiche in studio, sia la promozione di nuovi modelli di assistenza, con particolare attenzione alla gestione delle patologie croniche attraverso le società di servizio della medicina generale. Da valorizzare e incrementare anche l’impiego dell’innovazione tecnologica (telemedicina, telemonitoraggio domiciliare), che offre straordinarie opportunità alla MG, perché è più utile, veloce ed economico far viaggiare i dati piuttosto che le persone. L’obiettivo è rafforzare, in chiave contemporanea, il ruolo dello studio di Medicina Generale come punto di riferimento di prossimità per i cittadini, dove continua a giocare un ruolo chiave il rapporto di fiducia con il medico, ma devono trovare anche spazio strumenti di diagnostica di primo livello e altre figure professionali, collaboratori di studio e infermieri. Dovremo lavorare anche per rafforzare la penetrazione comunicativa delle iniziative e delle proposte di Fimmg, a partire dagli strumenti già in campo come *Fimmgnotizie* e *AvvenireMedico*”

Resta presidente Stefano Zingoni, entra Domenico Crisarà

La squadra del nuovo Esecutivo Fimmg si completa con il presidente nazionale Stefano Zingoni, presenza preziosa nella delicata fase che ha seguito le dimissioni di Giacomo Milillo la cui carica non era interessata da questa mandata elettorale, e con Domenico Crisarà, segretario di Fimmg Veneto, nominato come segretario del segretario nazionale.



Malek Mediati,
Filippo Anelli



Pierluigi Bartoletti,
Giacomo Caudo



Vittorio Boscherini,
Fiorenzo Corti



Stefano Zingoni,
Domenico Crisarà



LEGGE DI BILANCIO

ASSEGNATI 113 MILIARDI ALLA SANITÀ

Giovanni Rodriguez

LA MANOVRA ECONOMICA per il 2017 è stata approvata in condizioni particolari, subito dopo il risultato del referendum costituzionale. Matteo Renzi aveva già annunciato le sue dimissioni dalla guida del Governo, ma restava questo ultimo atto da compiere. La legge di bilancio, già approvata alla Camera, è dunque andata in votazione al Senato senza la possibilità di introdurre modifiche, che avrebbero costretto ad un ulteriore passaggio parlamentare. Sono quindi rimaste fuori diverse misure, da quella sui 50 milioni per il risanamento ambientale dell'area di Taranto, agli annunciati interventi per il rinnovo dei contratti dei medici ospedalieri, alla norma che avrebbe dovuto elevare la soglia di fatturato al di sotto della quale le farmacie rurali possono avere sconti sui farmaci. Di seguito le principali misure della manovra di interesse per il mondo sanitario.

Credito di imposta per ricerca e sviluppo (commi 15-16, ex art.4)

Il credito di imposta R&S viene prorogato fino al 2020 e innalzato al 50%, fino a un tetto di spesa che dai 5 sale ai 20 milioni di euro.

Proroga del blocco aumenti aliquote 2017 (commi 42-43, ex art. 10)

Viene esteso anche al 2017 il blocco dell'aumento delle aliquote e addizionali da parte delle Regioni.

Human Technopole (commi da 116 a 139, ex art. 19)

Al fine di incrementare gli investimenti pubblici e privati nei settori della ricerca finalizzata alla prevenzione e alla salute, coerentemente con il Programma nazionale per la ricerca (PNR), è istituita la Fondazione per la creazione di un'infrastruttura scientifica e di ricerca, di interesse nazionale, multidisciplinare e integrata nei settori della salute, della genetica, dell'alimentazione e della scienza dei dati e delle decisioni, e per la realizzazione del progetto scientifico e di ricerca Human technopole. Per la costi-

tuzione della Fondazione e per la realizzazione del progetto Human technopole è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per il 2017, di 114,3 milioni di euro per il 2018, di 136,5 milioni di euro per il 2019, di 112,1 milioni di euro per il 2020, di 122,1 milioni di euro per il 2021, di 133,6 milioni di euro per il 2022 e di 140,3 milioni di euro a decorrere dal 2023.

Pensione anticipata per infermiere e ostetriche (commi da 168 a 186, ex art. 25).

In via sperimentale, dal 1 maggio 2017 e fino al 31 dicembre 2018, potrà accedere all'Ape (anticipo pensionistico) chi svolge professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni, e addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza, se lavoratori dipendenti che svolgono da almeno 6 anni in via continuativa attività lavorative per le quali è richiesto un impegno tale da rendere particolarmente difficoltoso e rischioso il loro svolgimento in modo continuativo e sono in possesso di un'anzianità contributiva di almeno 36 anni.

Lotta alla povertà, pensione di inabilità e Fondi occupazione disabili (commi da 234 a 251, ex art. 35)

Si dispone, dal 2017, un incremento a regime di 150 milioni a valere sullo stanziamento del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale.

A decorrere dalla data di entrata in vigore della manovra il lavoratore iscritto all'assicurazione generale obbligatoria o alle forme esclusive e sostitutive della medesima affetto da mesotelioma pleurico (c45.0), mesotelioma pericardico (c45.2), mesotelioma peritoneale (c45.1), mesotelioma della tunica vaginale del testicolo (c45.7), carcinoma polmonare (c34) e asbestosi (c61), riconosciuti di origine professionale, ovvero quale causa di servizio, ha diritto al conseguimento di una pensione di inabilità, ancorché non si trovi nell'assoluta e permanente



L'ultimo atto del governo Renzi è stata l'approvazione al Senato della manovra economica per il 2017, secondo il testo già approvato alla Camera. In sintesi le misure previste per la sanità



impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Si prevede la riattribuzione delle risorse del Fondo per il diritto al lavoro ai disabili, già trasferite a Regioni e Province autonome e non impegnate a favore dei beneficiari, ai Fondi regionali per l'occupazione dei disabili (istituiti per il finanziamento dei programmi regionali di inserimento lavorativo e dei relativi servizi) e prioritariamente utilizzate per finanziare gli incentivi alle assunzioni di persone con disabilità successive al 1° gennaio 2015 non coperte dal Fondo per il diritto al lavoro ai disabili.

Finanziamento attività di ricerca (commi da 295 a 307 ex art. 41)

Al fine di incentivare l'attività base di ricerca dei docenti delle università statali, nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca è istituito un fondo con uno stanziamento di 45 mln di euro annui a decorrere dal 2017.

Fondo sostegno natalità (commi da 348 a 352, ex art. 47)

L'accesso al Fondo di sostegno alla natalità è in favore delle famiglie con figli nati o adottati a decorrere dal 1° gennaio 2017. Il decreto del Ministro con delega alle politiche per la famiglia, di concerto con il Mef, dovrà essere emanato entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge di bilancio.

Premio alla nascita e congedo obbligatorio per il padre lavoratore (commi 353-354, ex art. 48)

A decorrere dal 1° gennaio 2017 è riconosciuto un premio alla nascita o all'adozione di minore dell'importo di 800 euro. Il premio è corrisposto in unica soluzione, a domanda della futura madre, dall'Inps al compimento del settimo mese di gravidanza o all'atto dell'adozione. La durata del congedo obbligatorio per il padre lavoratore dipendente è aumentata a due giorni per l'anno 2017 e a quattro giorni per l'anno 2018, che possono essere goduti anche in via non continuativa. Per l'anno 2018 il padre lavoratore dipendente può astenersi per un periodo ulteriore di un giorno previo accordo con la madre e in sua sostituzione in relazione al periodo di astensione obbligatoria spettante a quest'ultima.

Bonus nido e rifinanziamento voucher asili nido (commi da 355 a 357, ex art. 49)

Si prevede che il buono di 1.000 euro su base annua sia attribuito - oltre che, come già previsto, per il pagamento di rette



di asili nido pubblici e privati - anche per l'introduzione di forme di supporto presso la propria abitazione in favore dei bambini al di sotto dei tre anni affetti da gravi patologie croniche.

Pari opportunità e Fondi autismo (commi da 358 a 361, ex art. 50)

Al finanziamento delle iniziative per l'attuazione delle politiche delle pari opportunità e non discriminazione potranno concorrere ulteriori risorse per l'anno 2017, fino a complessivi 20 milioni di euro. Si dispone che le risorse del Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico non utilizzate per l'anno 2016 confluiscono nel 2017 nel Fondo medesimo. Si ricorda che il suddetto Fondo, istituito nello stato di previsione del Ministero della salute, ha una dotazione a regime di 5 milioni dal 2016.

Fondo per il pubblico impiego (commi da 364 a 372, ex art. 52)

Per il pubblico impiego sono complessivamente stanziati 1.920,8 milioni di euro per l'anno 2017 e 2.633 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018, per rinnovi e contrattuali e nuove assunzioni.

Efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale (ex art. 58)

Fascicolo sanitario elettronico (Fse) (comma 382)

La progettazione dell'infrastruttura nazionale necessaria a garantire l'interoperabilità dei FSE, verrà curata dal Ministero dell'economia e delle finanze attraverso l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema Tessera sanitaria. Il Sistema Tessera Sanitaria entro il 30 aprile 2017, ren-

Al fine di incentivare l'attività base di ricerca dei docenti delle università statali, nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca è istituito un fondo con uno stanziamento di 45 mln di euro annui a decorrere dal 2017

de disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera Sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, certificati di malattia telematici, prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa. Per l'attuazione è autorizzata la spesa di 2,5 milioni di euro annui a decorrere dal 2017.

Quota premiale Fsn (commi da 385 a 388)

Nel caso in cui non venga presentato il programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, ovvero si riscontri una verifica negativa dell'attuazione annuale dello stesso, la regione interessata subirà la perdita per il medesimo anno 2017 - in luogo della perdita permanente - del diritto di accesso alla quota premiale prevista.

Stretta sui deficit delle aziende ospedaliere (comma 390)

Viene fissato al 7 per cento dei ricavi o a 7 milioni di euro - invece che al 5 per cento e a 5 milioni di euro - il valore del disavanzo tra i costi e i ricavi quale presupposto per l'adozione e l'attuazione di un piano di rientro per le aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie, gli IRCSS pubblici e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura.

Finanziamento Fondo sanitario nazionale (comma 392)

Per la sanità la determinazione del Fondo sanitario 2017 è a 113 miliardi, che salgono a 114 nel 2018 e a 115 nel 2019.



Continuerà inoltre a non essere consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento e un suo biosimilare

Cumulabilità cariche presidente di Regione e commissario ad acta (comma 395)

Si permette ai presidenti di Regione di ricoprire anche il ruolo di commissari ad acta per la sanità in caso di Piano di rientro. L'attuale normativa, ricordiamo, prevedeva che la nomina a commissario "è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento". Ora si torna invece alla situazione ante stabilità 2015, quando le due cariche potevano coincidere, ma i tavoli tecnici del Governo dovranno verificare ogni sei mesi l'equilibrio dei bilanci sanitari delle Regioni e l'effettiva applicazione ed erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. In caso di esito negativo della verifica e di mancata attuazione dei Piani di rientro, il Consiglio dei ministri potrà nominare un nuovo commissario ad acta, estromettendo i governatori commissari.

Disposizioni in materia di assistenza sanitaria (ex art. 59)

Tetti spesa farmaceutica (commi 398 e 399)

Dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera sarà calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento (oggi è fissato al 3,5%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Conseguentemente cambia anche il tetto della spesa farmaceutica territoriale che sarà rideterminato nella misura del

7,96 per cento (oggi è dell'11,35%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".

Fondo farmaci innovativi ed oncologici (commi 400 e 401)

In tutto 1 miliardo di euro per i farmaci innovativi, di cui 500 mln per un nuovo fondo ad hoc per gli oncologici (in proposito si stabilisce che l'Aifa, entro il 31 marzo 2017, dovrà fissare i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi).

Criteri innovatività (comma 402)

Si specifica che la determinazione del direttore generale dell'AIFA sui criteri per la classificazione dei farmaci innovativi, di quelli a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi, deve essere adottata previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica (CTS) dell'Aifa.

Biosimilari (comma 407)

Le procedure pubbliche di acquisto dei farmaci biologici non saranno più parametricate sul prezzo massimo di cessione al Ssn del farmaco biologico di riferimento, e dovranno svolgersi mediante utilizzo di accordi quadro con tutti gli operatori economici quando i medicinali sono più di tre a base del medesimo principio attivo. Continuerà inoltre a non essere consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento e un suo biosimilare. Si stabilisce infine che l'esistenza di un rapporto di biosimilarità tra un farmaco biosimilare e il suo biologico di riferimento sussiste solo se accertato dall'EMA o dall'Aifa, non più solo l'EMA, tenuto conto delle rispettive competenze.

Vaccini (comma 408)

Viene istituito un Fondo per l'acquisto vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV). Il Fondo, sempre all'interno delle risorse del Fondo sanitario nazionale, è pari a 100 milioni di euro per l'anno 2017, 127 milioni di euro per l'anno 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019.

Contratti ricercatori Irccs e Izs (comma 410)

Si garantisce la continuità delle attività di ricerca negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) e negli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS). A tal fine, in deroga a quanto disposto dall'art. 2, co. 4, del D. Lgs. 81/2015 (c.d. Jobs Act),

gli Irccs e gli Izs potranno continuare ad avvalersi del personale addetto alla ricerca, appartenente sia all'area dei ricercatori, sia all'area professionalità della ricerca, assunto con contratti flessibili, in servizio presso detti enti alla data del 31 dicembre 2016.

Alzheimer (comma 411)

Si istituisce, a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della salute un Fondo da ripartire, con una dotazione di 300 milioni di euro annui, destinato alle misure di prevenzione, diagnosi e cura della malattia di Alzheimer.

Stabilizzazione dei precari in sanità (comma 409)

Sempre nell'ambito delle risorse del Fondo sanitario nazionale, è previsto un Fondo vincolato di 75 milioni di euro per il 2017 e di 150 milioni a decorrere dal 2018.

Contratti e convenzioni (comma 412)

Le risorse per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale verranno da una quota vincolata a carico del Fondo sanitario nazionale.

Misure di efficientamento della spesa per acquisti (comma 413, ex art. 60)

Il Ministero dell'Economia, tramite Consip, avvia un'analisi per individuare nuovi strumenti di acquisto centralizzato di beni e servizi.

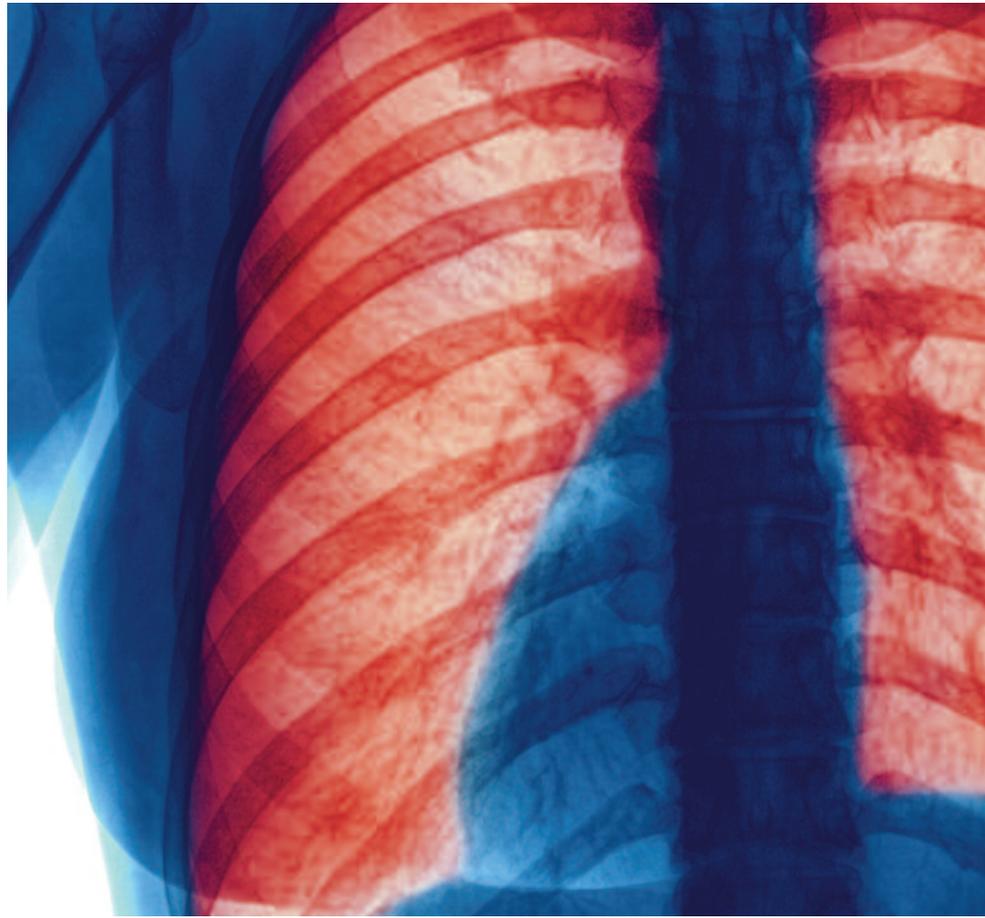
Edilizia sanitaria (comma 602, ex art. 74)

Si demanda ad un Dpcm, da adottarsi entro il 30 giugno 2017, l'individuazione delle iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, anche con riferimento alle sinergie tra i servizi sanitari regionali e l'Inail, valutabili da quest'ultimo nell'ambito dei propri piani triennali 2016-2018 di investimento immobiliare.



LA GESTIONE DELLA BPCO NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Valutazioni farmaco economiche per un'ottimizzazione della gestione del paziente con BPCO



BPCO: prevalenza, incidenza e mortalità

La BPCO e più in generale le malattie respiratorie sono tra le prime cause di morte, invalidità ed hanno una forte incidenza sul livello della spesa sanitaria. I dati di incidenza e prevalenza non appaiono particolarmente accurati, in quanto basati prevalentemente su stime e non su dati reali. In generale si considera che ci sia una notevole sottostima diagnostica con conseguente influenza sui dati statistici.

La maggior parte dei dati nazionali evidenzia che la diagnosi di BPCO si riscontra in poco meno del 6% della popolazione, con una certa differenziazione tra le varie fonti. Dati Istat evidenzerebbero che circa il 5% degli uomini adulti italiani e circa il 4% delle donne sarebbero affetti da BPCO, mentre prevalenze un po' inferiori sarebbero riportate in contesto Italiano di *real life*, con una percentuale di soggetti BPCO pari al 4,5% sulla popolazione generale. In tutte le fonti si mette però in evidenza come i dati siano fortemente influenzati da: sesso, età, condizioni di fumatore o di ex fumatore, i criteri diagnostici utilizzati.

Pur con la dovuta prudenza legata alla variabilità di segnalazione della causa di morte principale ed alla sottostima e sotto-diagnosi l'Oms ha previsto che la BPCO diventerà la terza causa di morte nel mondo entro il 2020.

Un problema di sottostima, di sottodia-

Walter Marrocco
Responsabile
scientifico di Fimmg

gnosi (e di sostanziale sottotrattamento)

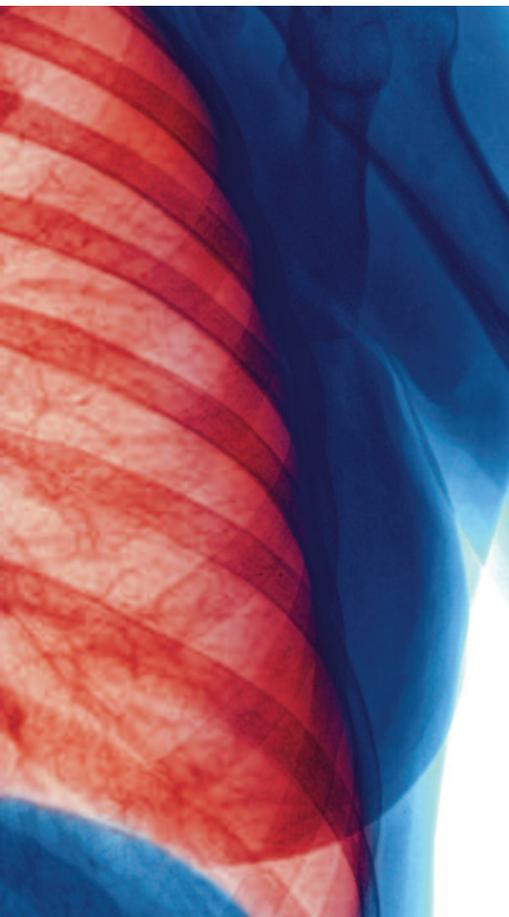
Anche se la stima di prevalenza pone la BPCO al sesto posto fra le malattie croniche presenti in Italia e tradotta in valore assoluto, individua circa 2.600.000 cittadini italiani ammalati, questa è quasi certamente una sottostima delle dimensioni reali della prevalenza della malattia.

Questa condizione può derivare dal fatto che è una malattia poco "visibile" e conseguentemente poco sospettata. In sintesi, se la prima causa della mancata diagnosi di questa patologia respiratoria è la scarsa sensibilità del paziente per i sintomi della propria malattia, si che la consapevolezza, rispetto ad altre patologie croniche, è molto bassa, quando questi vengono finalmente comunicati al medico vi è da parte di quest'ultimo una sottovalutazione in fase di diagnosi con una bassa percentuale di esecuzione di spirometrie. In dettaglio possiamo quindi fare alcune affermazioni:

- la BPCO viene spesso diagnosticata in ritardo in una fase di danno relativamente avanzato e spesso irreversibile, non è raro che la diagnosi venga fatta in occasione di una grave riacutizzazione (a volte in occasione di una ospedalizzazione);
- il sintomo della dispnea da sforzo non può essere considerato un sintomo precoce, anzi è spesso segno di malattia già relativamente avanzata e, comunque la variabilità della com-

parsa di tale sintomo dipende molto dallo stile di vita del paziente;

- esiste il problema della diagnostica precoce, e sulle modalità del *case finding*: in sostanza la medicina di iniziativa ed il ruolo che in tale ambito può avere il mmg;
- nella *real life* c'è ancora grande confusione tra la diagnosi di bronchite cronica e di BPCO; la presenza di tosse cronica con catarro, pur in presenza di fattori di rischio, non attiva spesso alcun approfondimento diagnostico funzionale per verificare la eventuale presenza di ostruzione bronchiale non completamente reversibile mentre questa tipologia di pazienti andrebbe considerata come il target del *case finding*;
- anche da parte dello specialista c'è spesso una sottostima della importanza della diagnosi di BPCO che, anche quando confermata, non si associa ad adeguata informazione al paziente rispetto alla evoluzione della patologia, della sua possibile progressione (soprattutto in assenza di interventi sui fattori di rischio), e della necessità di un adeguato trattamento;
- tra i molti motivi di una sottodiagnosi si deve rilevare e sottolineare come l'esecuzione di una Spirometria, esame essenziale per una diagnosi di certezza, si attesti intorno al 30% dei casi trattati come affetti da BPCO, e questo comporta che un'alta percentuale di pazienti venga diagnosticata solo su



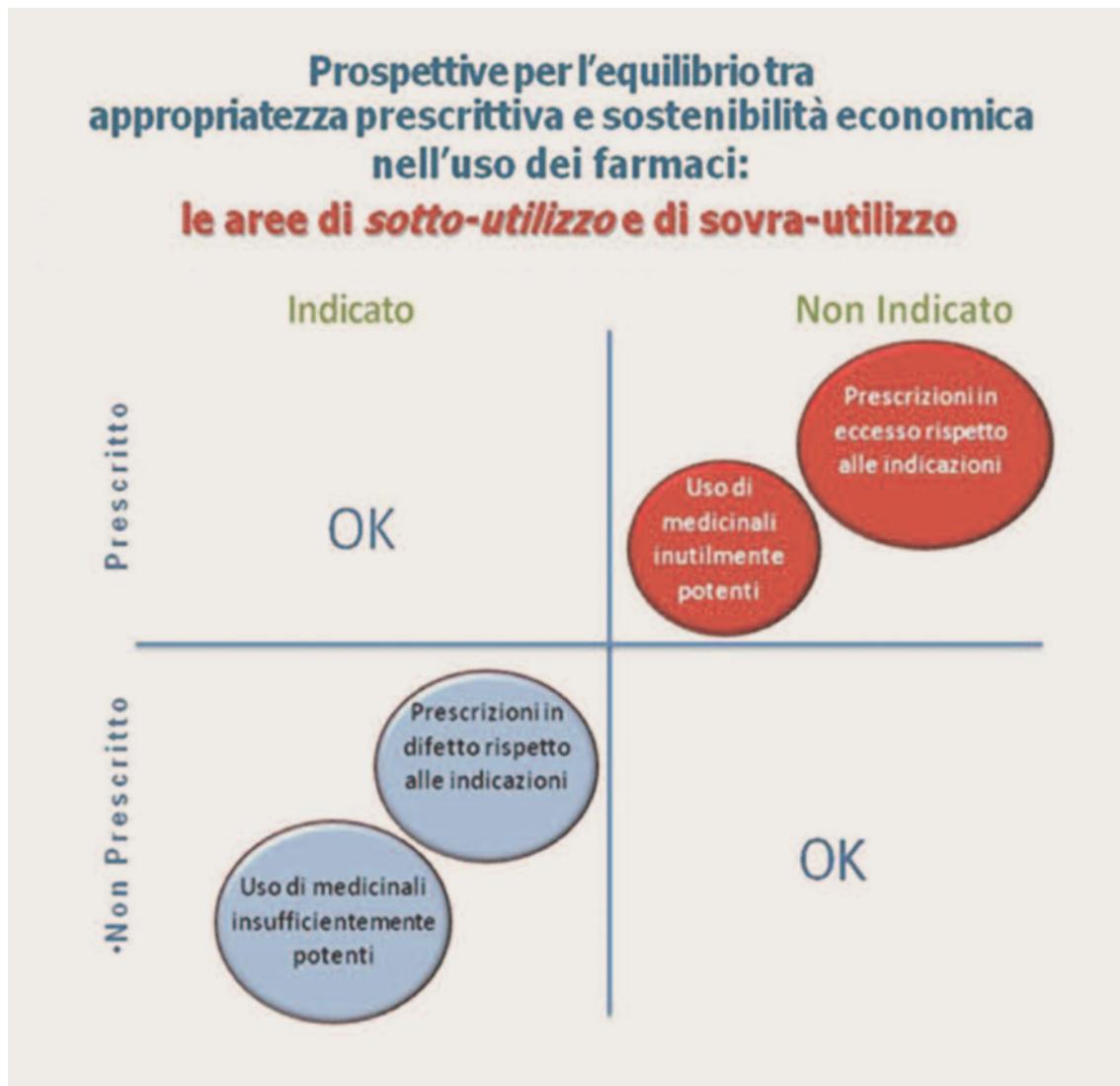
dati clinici, e che una certa percentuale di pazienti affetti da BPCO non riceve una vera diagnosi;

- l'accesso alla diagnostica funzionale, anche di primo livello, non è agevole anche in relazione al potenziale fabbisogno epidemiologico che complessivamente per le patologie respiratorie ostruttive (asma e BPCO) ammonta a diversi milioni di soggetti, nonché per i tempi di attesa spesso molto lunghi, dovuti anche alla assenza/carenza di una rete territoriale specialistica per le affezioni respiratorie.

Terapia ed appropriatezza prescrittiva rispetto allo stadio di gravità

Esiste, come in altri ambiti terapeutici, il problema di un sottoutilizzo di farmaci o dosi, e viceversa di un sovrautilizzo di farmaci e dosi, rispetto allo stadio di gravità del paziente, che portano a squilibri di efficacia terapeutica oltre che a un eccessivo e insostenibile spreco di risorse economiche (figura 1). A dimostrazione di questo, si evidenzia come la prescrizione di farmaci (broncodilatatori da soli o in associazione, spesso agli ICS) viene spesso fatta prima della conferma diagnostica di BPCO, e sulla base dei soli sintomi.

Ad una certa inapproprietezza prescrittiva in generale e in funzione dello stadio di gravità, si affianca poi il problema della scarsa aderenza e quindi quella di un sotto-trattamento farmacologico.



Emerge una carenza complessiva di informazione sulla malattia. Spesso manca l'informazione sulla condizione di cronicità della BPCO e sulla conseguente necessità di un trattamento prolungato; questa è una delle possibili cause del deludente dato sull'aderenza dei pazienti con BPCO al trattamento farmacologico

La letteratura è concorde nel fissare a circa il 50% dei pazienti con BPCO la quota di non aderenza, comprendendo in esse non solo le prescrizioni farmacologiche, ma anche le raccomandazioni sulla astensione dal fumo e sugli stili di vita da mantenere come una adeguata attività fisica. Il paziente collega la necessità del trattamento esclusivamente al controllo dei sintomi e come per tutti i trattamenti cronici, in assenza di adeguate informazioni/rassicurazioni ha il timore di possibili effetti collaterali a distanza. Al tempo stesso sono insufficienti le informazioni sui benefici attesi dal trattamento a breve ed a medio termine e sulle modalità con cui la terapia deve essere instaurata e mantenuta.

Emerge una carenza complessiva di informazione sulla malattia. Spesso manca l'informazione sulla condizione di cronicità della BPCO e sulla conseguente necessità di un trattamento prolungato; questa è una delle possibili cause del deludente dato sull'aderenza dei pazienti con BPCO al trattamento farmacologico. Vi è complessivamente una significativa carenza di intervento rispetto alla necessità di disassuefazione al fumo, e questo nonostante che, allo stato, questo sia

l'unico intervento che si è dimostrato in grado di modificare la storia naturale della malattia. La presenza dei centri antifumo sul territorio è assolutamente insufficiente ed anche gli interventi di *minimal advice* realizzati dal mmg sono rari.

Timing del follow-up

Bisogna prendere atto che non esistono riferimenti certi in letteratura sul timing del follow up nei pazienti affetti da BPCO. I documenti Gold si esprimono sui contenuti del follow up (monitoraggio della sintomatologia, frequenza delle riacutizzazioni/ ospedalizzazioni, funzionalità) dando solo una generica indicazione sulla necessità di controlli più ravvicinati nei pazienti più gravi. Nella *real life* i comportamenti sono molto eterogenei e possono esporre al rischio di una eccessiva frequenza di controlli (con relativo spreco di risorse) o di controlli troppo dilazionati nel tempo. In realtà, in assenza di un adeguato inquadramento dei pazienti rispetto alla condizione di *rapid* o *slow decliner's*, non si è nella condizione di personalizzare il timing del follow up.

**LA GESTIONE
DELLA BPCO
NELL'AMBULATORIO
DEL MEDICO
DI FAMIGLIA**



I costi della BPCO

Il tema dei costi di gestione dei pazienti affetti da una patologia è sempre processo complesso. Si può però tentare di fare una stima di massima, che la dice lunga su quanto l'attuale sistema sia irrigidito su una modalità di approccio al paziente e di gestione della BPCO, di scarsa efficienza in termini di risultati e di soddisfazione del paziente, oltre che di miope gestione della cronicità che dovrebbe sempre più essere realizzata sul territorio, mentre rischia di spostarsi sempre più verso il mondo della specialistica e dell'ospedale, con costi complessivi decisamente più elevati e con una capacità di risposta specialistica basata su circa 3.000 specialisti pneumologici sparsi su tutto il territorio nazionale, sotto dosata rispetto alle dimensioni della popolazione affetta da BPCO, stimata in almeno 2 milioni e 600mila individui.

I *costi indiretti* (perdita di produttività, invalidità e premorienza) sono circa il 40% del costo totale della malattia. Altri costi, quali quelli dell'assistenza in famiglia e dell'incapacità a svolgere attività non lavorative, sono difficilmente quantizzabili.

Il *costo medio annuo* stimato per paziente ammonta a circa 2.100 Euro. Il ricorso al mmg e allo specialista è mediamente di tre volte anno.

I *costi diretti* sono così ripartiti: trattamento 18,6%; visite presso il mmg e lo specialista 16,4%; accesso al P.S. 5,7%; esami di laboratorio 5%; ospedalizzazione 54,3%.

CONSIDERAZIONI FINALI

La Medicina Generale ha le caratteristiche ideali e la capillarità territoriale per essere garante di un processo di ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e miglioramento della sostenibilità nella BPCO estendendo le sue competenze prescrittive a tutte le classi farmacologiche

SIAMO QUINDI CONSAPEVOLI dell'elevato livello di spesa che la BPCO rappresenta per il Ssn, e dell'importanza, per la comunità, della sua sostenibilità nel medio-lungo termine.

A tal fine, crediamo fondamentale operare per liberare risorse sanitarie ed economiche a favore di innovazioni terapeutiche che abbiano dimostrato elevata efficacia clinica ed efficienza farmacoeconomica.

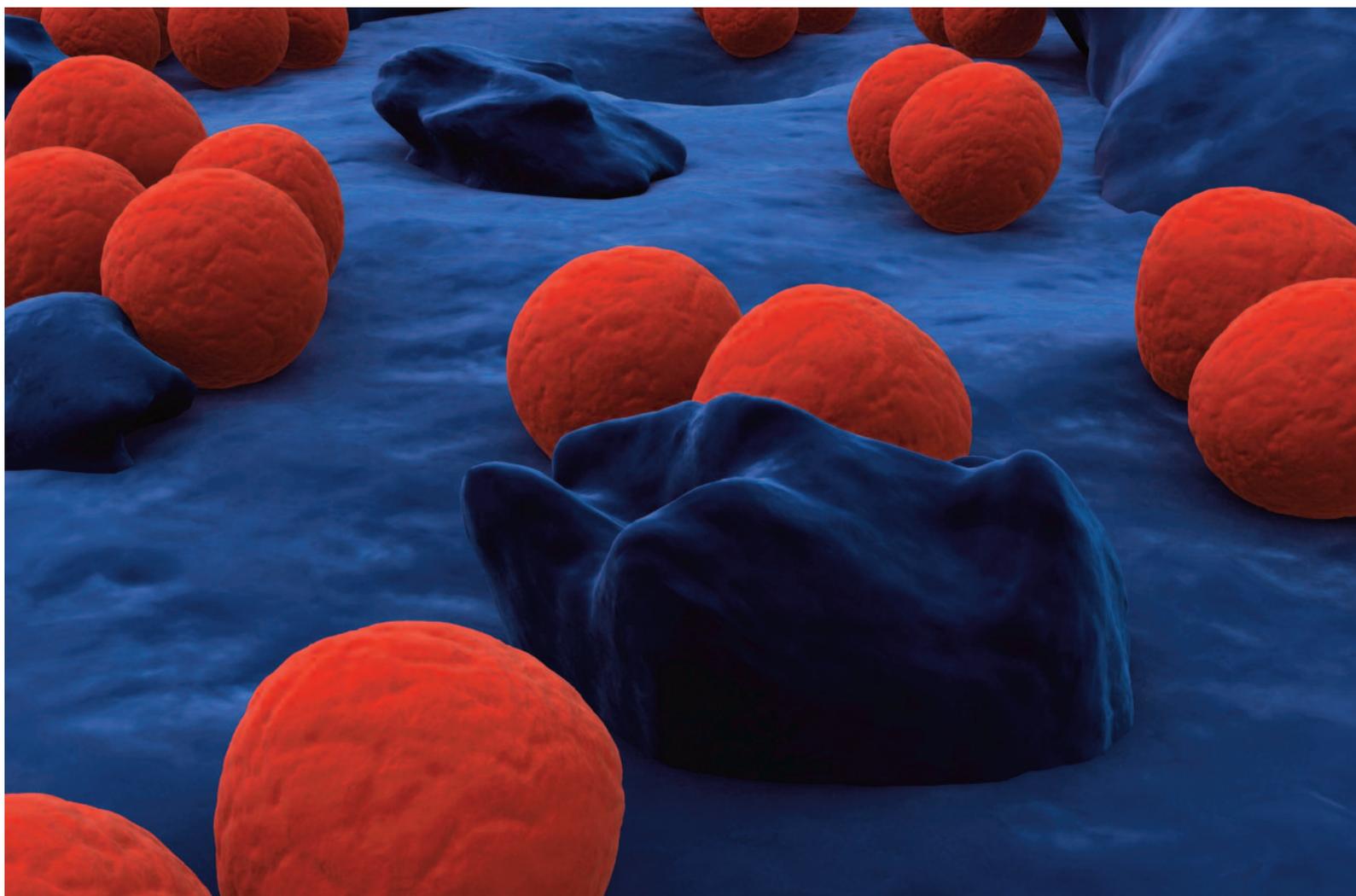
Non mancano evidenze a riguardo, e siamo certi ce ne saranno ulteriori nei prossimi mesi; citiamo, come esempio, una tra le più recenti pubblicazioni del *NEJM*, lo Studio FLAME, che ha messo a confronto molti dei farmaci attualmente a disposizione.

In particolare si vuole evidenziare la criticità della prescrivibilità della nuova classe farmacologica, rappresentata dall'associazione LABA/LAMA, solo da parte di centri ospedalieri o specialistici individuati dalle regioni, attraverso un Piano Terapeutico, con la preclusione della Medicina Generale, nonostante la letteratura ne evidenzia la particolare effi-

cacia e i relativi costi siano, sostanzialmente, in linea se non inferiori ad altre associazioni.

Ribadiamo che, dal nostro punto di vista, nell'interesse del paziente, l'*optimum* risiede nel garantire parità di gestione della BPCO a specialisti e medici di Medicina Generale, assicurandosi che un'accurata diagnosi (almeno attraverso una spirometria semplice) venga effettuata e documentata prima dell'atto prescrittivo da parte di entrambe le categorie di medici.

A ciò aggiungiamo che La Medicina Generale ha le caratteristiche ideali e la capillarità territoriale per essere garante di un processo di ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e miglioramento della sostenibilità nella BPCO estendendo le sue competenze prescrittive a tutte le classi farmacologiche (LABA, LAMA, LABA/LAMA e LABA/ICS), sia che siano sottoposte a PPTT che non. A tal proposito si ricorda come il Progetto di Sperimentazione d'uso dei PPTT in MG, condiviso con AIFA, sia, da tempo, in attesa di essere attivato. Riteniamo che la MG possa contribuire, con varie modalità, a fornire dati certificati in merito a diagnosi ed appropriato trattamento della BPCO, che potranno poi essere usati dal Ssn per eventuali decisioni sulle modalità prescrittive ed erogative dei farmaci in uso per il trattamento della BPCO.



Nel mese di dicembre sono stati registrati in Italia alcuni casi di meningite, purtroppo con esito mortale. Questo ha provocato un'onda di paura nella popolazione, con conseguente richiesta amplificata di vaccinazioni.

MENINGITE: COMBATTERE L'ALLARMISMO CON UNA BUONA INFORMAZIONE

Per fronteggiare la situazione e fornire informazioni corrette alla popolazione, nei giorni scorsi è stato convocato un tavolo di lavoro al ministero della Salute al quale hanno partecipato referenti del Ministero, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, del Comando dei Nas e di Farmindustria. Rassicuranti le conclusioni diffuse al termine dell'incontro: non esiste alcuna evidenza di emergenza di sanità pubblica relativa alla meningite, a livello nazionale; inoltre, gli esperti hanno specificato che non esiste alcuna difficoltà di reperimento dei vaccini e che non c'è stata alcuna interruzione nell'approvvigionamento degli stock. Resta chiaro che occorre proseguire nell'iniziativa vaccinale, così come previsto dal Calendario vaccinale per la vita 2016, pubblicato nel settembre scorso e del quale nelle pagine seguenti riportiamo le indicazioni.

Fimmg: nessuna corsa alle vaccinazioni, ma aderire al Piano di prevenzione vaccinale

La Fimmg, insieme ad altre organizzazioni mediche che operano sul territorio (Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva - SItI; Società Italiana di Pediatria - SIP e Federazione Italiana dei Medici Pediatri - FIMP), intervenuta sulla situazione di allarme diffusi tra la popolazione nelle scorse settimane riguardo i casi di meningite. Nel comunicato con-

giunto si sottolinea che "la situazione epidemiologica è nel nostro Paese in linea con la consueta incidenza della malattia, tranne che per la Regione Toscana dove le autorità sanitarie hanno intrapreso interventi straordinari di prevenzione".

Inoltre, le quattro organizzazioni "ribadiscono la necessità di aderire alle normali campagne di immunizzazione previste dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale rivolte a bambini ed ad adolescenti che rappresentano le categorie più a rischio, mentre per gli adulti va evitato un indiscriminato ricorso ai centri vaccinali, ma vanno seguite le indicazioni delle strutture sanitarie locali e vanno

VACCINAZIONE CONTRO IL MENINGOCOCCO C E ACYW135



La schedula adottata per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato o con vaccino quadrivalente ACYW135 prevede una sola dose dopo il compimento del primo anno di vita (salvo casi di particolare rischio individuale, per i quali può essere considerata, limitatamente al vaccino monovalente, la schedula a 3 dosi al 3°, 5° e 13° mese di vita).

Poiché con questo calendario, a cavallo del primo anno di vita, è previsto che siano eseguite le vaccinazioni con esavalente, contro lo pneumococco, contro morbillo, parotite, rosolia, varicella, meningococco C /quadrivalente ACYW135 e contro meningococco B, viene suggerito che in una prima seduta vaccinale (11° mese) vengano eseguite in co-somministrazione le vaccinazioni esavalente + pneumococco, per le quali non è indispensabile aver compiuto il primo anno, mentre in una seconda e terza seduta, a una distanza di tempo qualsiasi (comunque dopo il compimento dell'anno), la co-somministrazione dei rimanenti vaccini sia effettuata secondo una delle possibili combinazioni riportate nello schema ad inizio documento (v. Calendario vaccinale 2016 completo).

È inoltre fortemente raccomandata una dose per i ragazzi nel dodicesimo anno di vita, tenendo conto dei dati epidemiologici che indicano chiaramente una ripresa del numero di casi all'adolescenza. L'indicazione alla vaccinazione nell'età adolescenziale permane anche per i ragazzi già immunizzati durante l'infanzia. Infatti, è ormai dimostrato che la memoria immunologica indotta dal vaccino coniugato ricevuto nell'infanzia non è sufficiente ad eliminare il rischio di malattia invasiva nell'adolescenza, in quanto la risposta delle cellule B richiede almeno 5-7 giorni per attivarsi in maniera completa, troppi per essere efficace contro la rapida invasività di ceppi virulenti di meningococco non bloccati da un titolo anticorpale che potrebbe essere disceso al di sotto del livello minimo protettivo. Il recente cambiamento del trend epidemiologico, che vede in aumento i casi di infezione da sierotipi Y e W135 anche in Italia, indica chiaramente l'introduzione del quadrivalente coniugato quale vaccino di elezione per il richiamo in età adolescenziale. Dal momento che i dati sulla durata della protezione conferita dagli anticorpi battericidi sierici prodotti a seguito della vaccinazione indicano come dopo 5 anni dall'immunizzazione una rilevante quota di vaccinati non risulti protetta con certezza, si richiama la necessità di monitorare attentamente la situazione epidemiologica, al fine di verificare se sia opportuno nel prossimo futuro raccomanda-

re anche l'effettuazione di una dose di vaccino quadrivalente coniugato ai 6 anni di vita. In Italia sono disponibili due vaccini tetravalenti coniugati (A, C, W135, Y), motivo per il quale questi vaccini hanno completamente sostituito per tutte le indicazioni il precedente tetravalente polisaccaridico. Il vaccino tetravalente coniugato (A, C, W135, Y) è raccomandato a tutti i soggetti a rischio affetti dalle seguenti patologie (con due dosi distanziate tra loro di almeno 8-12 settimane):

- talassemia e anemia falciforme;
- asplenia funzionale o anatomica;
- condizioni associate a immunodepressione (come trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi);
- diabete mellito tipo 1;
- insufficienza renale con creatinina clearance ≤ 30 ml/min;
- infezione da HIV;
- immunodeficienze congenite;
- malattie epatiche croniche gravi;
- perdita di liquido cerebrospinale;
- difetti congeniti del complemento (C3, C5-9, Properdina, Fattore D, e Fattore H);
- difetti dei toll like receptors di tipo 4.

Altre condizioni di vita che possono costituire indicazione alla vaccinazione con una sola dose sono la nuova assunzione quale militare in ferma volontaria, l'omosessualità maschile, e l'effettuazione di frequenti viaggi o il soggiorno in Paesi in cui la malattia meningococcica è iper-endemica o epidemica (es. "cintura della meningite" dell'Africa Sub-sahariana durante la stagione secca [Dicembre – Giugno]), particolarmente se il contatto con la popolazione locale è prolungato.

La vaccinazione con vaccino quadrivalente ACYW135 è richiesta dal Governo dell'Arabia Saudita per tutti i viaggiatori verso la Mecca durante l'Hajj (pellegrinaggio rituale) annuale.

Pertanto, si raccomanda l'utilizzo di tale vaccino ai viaggiatori in aree a rischio, alle categorie ad elevato rischio di conseguenze per patologie meningococciche e a tutti i soggetti per i quali è previsto l'obbligo di protezione con vaccino quadrivalente.

Vaccinazione contro il meningococco B

Le patologie invasive da meningococco, pur non frequenti, costituiscono una seria minaccia alla salute e sono, tra le malattie prevenibili mediante vaccino, quelle percepite come più drammatiche dalla popolazione. Il verificarsi anche di relativamente pochi casi di malattia rappresenta un

eventualmente effettuate valutazioni caso per caso con il proprio medico di fiducia in funzione di particolari esposizioni". Infine, un richiamo alle Regioni, affinché "provvedano rapidamente a investire risorse umane nelle aziende sanitarie per fornire un servizio adeguato ai cittadini soprattutto in previsione dell'imminente implementazione del nuovo calendario vaccinale nazionale che rappresenta un elemento fondamentale per la protezione della salute dei cittadini".

Meningite, come e quando difendersi con la vaccinazione

ISS 29/12/2016

Quali batteri causano la meningite?

Tra gli agenti batterici che causano la meningite il più temuto è *Neisseria meningitidis* (meningococco), oltre a *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) e *Haemophilus influenzae*. Del meningococco esistono diversi sierogruppi: A, B, C, Y, W135, X.

Quali sono i più aggressivi e quali i più frequenti?

Il più aggressivo è il meningococco di sierogruppo C, che insieme al B è il più frequente in Italia e in Europa. Secondo l'ISS, nel 2015 si sono verificati in Italia quasi 200 casi di malattia invasiva da me-

Scheda pubblicata dall'ISS lo scorso 29 dicembre, elaborata con la supervisione scientifica di Giovanni Rezza e Paola Stefanelli del Dipartimento Malattie infettive dell'ISS

evento drammatico, gravato da un'elevata probabilità di morte e di sequele permanenti. La vaccinazione contro il meningococco B rappresenta una necessità epidemiologica, ma anche etica e comunicativa non eludibile. Per tali ragioni, il Board del Calendario per la Vita raccomanda il suo utilizzo per la vaccinazione gratuita di tutti i lattanti. La scelta della collocazione delle dosi di meningococco B rappresenta un problema di non facile risoluzione, considerate le contrastanti necessità di effettuare 4 somministrazioni nel volgere di pochi mesi, di non effettuare più di 2 iniezioni simultaneamente e, nel limite del possibile, di evitare le co-somministrazioni del vaccino anti-meningococco B con altri vaccini, visto l'incremento delle febbri di grado moderato/elevato ad esse conseguente. A tale proposito, si sottolinea l'importanza di segnalare gli eventuali eventi avversi ad un vaccino di concezione innovativa come quello contro meningococco B. La somministrazione separata da altri vaccini può facilitare la valutazione di sicurezza senza fattori di confondimento. Pur lasciando ai decisori territoriali la valutazione finale della schedula migliore in funzione dell'offerta vaccinale locale e delle sue tempistiche, si ritiene utile suggerire uno schema di inserimento della vaccinazione anti-meningococco B nel Calendario della Vita, che rappresenta una modalità concreta di introduzione di questa nuova fondamentale possibilità preventiva. La sequenza di vaccinazione raccomandata è la seguente (i giorni sono puramente indicativi e riportati per maggiore chiarezza)*:

- Esavalente + Pneumococco ad inizio 3° mese di vita (61° giorno di vita)
- Meningococco B dopo 15 giorni (76° giorno)
- Meningococco B dopo 1 mese (106° giorno)
- Esavalente + Pneumo dopo 15 giorni, ad inizio 5° mese di vita (121° giorno)
- Meningococco B dopo 1 mese, ad inizio 6° mese di vita (151° giorno)
- Esavalente + Pneumococco a 11 mesi compiuti · Meningococco B al 13° mese
- Meningococco C, sempre dopo il compimento dell'anno di vita
- Somministrazione di MPR o MPRV in possibile associazione con meningococco C o meningococco B, in funzione dei diversi calendari regionali** (vedi schema iniziale Calendario per la Vita).

* Le sedute di vaccinazione indicate sono anche utilizzabili per la somministrazione per via orale delle dosi di vaccino anti-rotavirus.

** Si sottolinea che in caso di co-somministrazione di Meningococco B + Vaccino MPR o MPRV dovrà essere effettuato un attento counselling ai genitori, spiegando la possibilità del verificarsi di febbre entro le prime ore dopo la vaccinazione e anche dopo circa 10 giorni dalla stessa.

La schedula vaccinale proposta, pur comportando lo svantaggio (difficilmente evitabile) di 3 sedute vaccinali aggiuntive nel corso del primo anno di vita, presenta i seguenti vantaggi:

- effettuazione delle 3 dosi del ciclo di base per Meningococco B in tempi rapidi, come risulta necessario sulla base dell'epidemiologia della patologia;
- rispetto (nessuna modifica) dell'attuale calendario per le vaccinazioni di routine, con garanzia perdurante di protezione precoce verso "Pertosse" e protezione verso colonizzazioni precoci da "Pneumococco";
- facilità per il genitore di rammentare il successivo appuntamento;
- somministrazione di non più di due vaccini in una singola seduta;
- minimizzazione della possibilità di incrementi di eventi avversi (febbre);
- possibilità di monitorare separatamente eventuali eventi avversi del nuovo vaccino.

Iniziando la vaccinazione dopo il 6° mese si potrebbe prevedere uno schema 2+1, con prima dose al 7° mese, una seconda dose al 9° mese, e una dose di richiamo nel corso del 2° anno di vita. Tale schedula avrebbe il vantaggio della riduzione a 3 soli accessi supplementari rispetto ai 4 dello schema precedentemente delineato, e la mancanza di rischio di slittamento della seconda dose di esavalente+pneumo in caso di ritardata effettuazione delle dosi di vaccino meningococco B previste dalla schedula 3+1. Per contro avrebbe lo svantaggio della mancata prevenzione di tutti i casi dei primi mesi di vita, La schedula 2+1 potrà divenire un'alternativa vantaggiosa rispetto alla schedula 3+1 qualora fosse confermato dall'utilizzo sul campo che il vaccino è in grado di generare un'importante effetto di protezione di gregge, tale da portare indirettamente alla riduzione dei casi nei primi mesi di vita. Il vaccino deve inoltre essere offerto ai soggetti a rischio di tutte le età con il numero di dosi indicato in scheda tecnica. Per l'elenco delle categorie a rischio si rimanda al capitolo "Vaccino anti-meningococco C e ACYW135".

Studi attualmente in corso chiariranno l'importanza della vaccinazione di routine anche per il soggetto in età adolescenziale.



le. Il vaccino è stato già utilizzato in situazioni di emergenza durante epidemie in comunità (scuole). Pur trattandosi al momento di esperienze sporadiche, l'uso della vaccinazione è raccomandato in tali situazioni, informando adeguatamente candidati alla vaccinazione e eventuali loro genitori sulla possibilità che la vaccinazione post-esposizione non garantisca la protezione. Negli Stati Uniti, analogamente a quanto è stato raccomandato riguardo alla vaccinazione con vaccino meningococcico quadrivalente coniugato ACYW135 con due dosi a 11 e 16 anni di età, è già stata prospettata l'ipotesi di introdurre anche due dosi di vaccino meningococco B alle stesse età. È raccomandato che, entro tempi brevi dalla applicazione della vaccinazione anti-meningococco B in tutti i nuovi nati in Italia, sia rapidamente valutata anche la sua introduzione con due dosi in età adolescenziale, misurando nel contempo il suo impatto sullo stato di portatore e sulla epidemiologia della infezione e della malattia invasiva. La vaccinazione contro il meningococco B deve essere attivamente offerta ai soggetti a rischio di qualsiasi età per la presenza di concomitanti patologie (vedi lista delle condizioni di rischio per malattia riportata nel capitolo "Vaccino anti-meningococco C e ACYW135"), per attività lavorativa (es. operatori che lavorano nei laboratori di microbiologia, esposti alle Neisseria meningitidis) ed in caso di comparsa di focolai epidemici ai contatti stretti dei soggetti affetti.

ningococco, la maggior parte dei quali causati dai sierogruppi B e C.

Quali sono le fasce più a rischio di contrarre l'infezione causata dai diversi tipi di meningococco?

I bambini piccoli e gli adolescenti, ma anche i giovani adulti, sono a rischio più elevato di contrarre infezione e malattia. Per quanto riguarda il sierogruppo B, la maggior parte dei casi si concentra fra i bambini più piccoli, al di sotto dell'anno di età.

Quali sono i vaccini a disposizione contro la meningite e, esattamente, contro quali ceppi?

Esistono tre tipi di vaccino anti-meningococco:

- il vaccino coniugato contro il meningococco di sierogruppo C (MenC): è il più frequentemente utilizzato, e protegge solo dal sierotipo C;
- il vaccino coniugato tetravalente, che protegge dai sierogruppi A, C, W e Y;
- il vaccino contro il meningococco di tipo B: protegge esclusivamente contro questo sierogruppo.

Sono obbligatori o raccomandati?

Alcuni vaccini sono già raccomandati ed offerti gratuitamente, altri invece lo saranno appena entrerà in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. La scheda vaccinale attualmente in vigore prevede la vaccinazione anti meningococco C nei bambini che abbiano compiuto un anno di età, mentre è consigliato un richiamo con vaccino tetravalente per gli adolescenti. Il vaccino tetravalente coniugato anti-meningococco A,C,Y,W, è consigliato anche per gli adolescenti che non sono stati vaccinati da piccoli, e dovrebbe comunque essere somministrato a chi si reca in Paesi ove sono presenti i sierogruppi di meningococco contenuti nel vaccino.

Al di fuori delle due fasce di età sopracitate, il vaccino è fortemente raccomandato in persone a rischio o perché affetti da alcune patologie (talassemia, diabete, malattie epatiche croniche gravi, immunodeficienze congenite o acquisite etc.) o per la presenza di particolari condizioni (lattanti che frequentano gli asili nido, ragazzi che vivono in collegi, frequentano discoteche e/o dormono in dormitori, reclute militari, e, come sopra accennato, per chiunque debba recarsi in regioni del mondo dove la malattia meningococcica è comune, come ad esempio alcune zone dell'Africa). Il vaccino contro il meningococco B, attualmente offerto in alcune regioni nel primo anno di età, sarà presto

raccomandato per i bambini più piccoli anche a livello nazionale.

Quali sono gratuiti e quali a carico del cittadino?

La vaccinazione contro il meningococco C è gratuita e prevede una sola dose a 13 mesi. Per il resto l'offerta vaccinale varia da Regione a Regione.

La vaccinazione contro il meningococco B prevede diversi dosaggi a seconda dell'età in cui si inizia a vaccinare, anche se il vaccino è indicato soprattutto al di sotto di un anno di età. Al momento, questo vaccino è gratuito solo in alcune Regioni, ma presto dovrebbero esserlo a livello nazionale.

Per quanto riguarda i vaccini contro gli altri agenti batterici della meningite, la vaccinazione contro Haemophilus Influenzae B (emofilo tipo B) è solitamente effettuata, gratuitamente, insieme a quella antitetanica, antidifterica, antipertosse, antipolio e anti epatite B, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino, come da calendario vaccinale italiano. Non sono necessari ulteriori richiami.

La vaccinazione contro Streptococcus pneumoniae (pneumococco) è offerta gratuitamente e va somministrata in 3 dosi, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino.

Negli adolescenti va fatta la vaccinazione? E se è stata fatta a un anno di età va fatto un richiamo?

La vaccinazione contro il meningococco C, o meglio il vaccino tetravalente, è certamente consigliabile per gli adolescenti. Per chi è stato vaccinato da bambino al momento non è previsto alcun richiamo, anche se è comunque consigliabile effettuarlo. In Regioni come la Toscana tale vaccino è attivamente offerto.

Per gli adulti che nell'infanzia non sono stati vaccinati contro il meningococco è consigliata la vaccinazione?

La vaccinazione negli adulti non è raccomandata a meno che non siano presenti i fattori di rischio o le condizioni sopra riportate. Chi vuole può comunque ricorrere alla vaccinazione, anche se non gratuitamente (a parte Toscana o contesti particolari), rivolgendosi alla ASL o facendosi prescrivere il vaccino dal proprio medico di base.

UTILIZZARE LO SPAZIO CHE RESTA VUOTO SULLE RICETTE PER DARE NOTIZIE IMPORTANTI PER LA SALUTE.



IN SICILIA LA RICETTA DIVENTA UNO "SPAZIO NOTIZIE"

L'idea è di **Luigi Galvano**, segretario di Fimmg Sicilia: "In Sicilia porto avanti da tempo la proposta che nei promemoria per la stampa delle prescrizioni dei farmaci si utilizzi lo spazio libero, dove possono essere veicolati messaggi di Sanità pubblica di interesse rilevante".

Nell'ambito dell'accordo sulla ricetta dematerializzata relativo all'anno 2016 la proposta è stata recepita. Così, le software house che curano i programmi gestionali dei mmg hanno inserito, senza alcun onere, un messaggio relativo alla campagna vaccinale.

Su ciascuna ricetta, dunque, nello spazio vuoto sottostante la prescrizione comparirà una scritta in evidenza: **"È in corso la campagna di vaccinazione antinfluenzale e contro la polmonite. Vaccinarsi è l'unico modo per proteggersi. Parlane con il Tuo Medico"**.

LA SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE

Il 40% della popolazione soffre di “disturbi funzionali” dell'apparato digerente, affezioni non gravi ma non facilmente curabili e, quindi, caratterizzate da un alto tasso di cronicità

LA SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE (IBS) rientra nella più ampia categoria dei disturbi funzionali gastrointestinali (DFGI), condizioni nelle quali le funzioni motorie e la sensibilità dell'apparato digerente sono alterate, ma alla cui origine non si riesce ad evidenziare una causa organica. In realtà lesioni organiche potrebbero anche essere presenti, ma non sono all'origine dei sintomi. Questo perché non solo DFGI e malattie organiche possono coesistere nello stesso soggetto, ma i DFGI possono comparire dopo la risoluzione di una malattia organica come, ad esempio, nella IBS post-infettiva. Il 40% della popolazione soffre di “disturbi funzionali” dell'apparato digerente, affezioni non gravi ma non facilmente curabili e, quindi, caratterizzate da un alto tasso di cronicità. La prevalenza è stabile, tutte le fasce di età ne possono soffrire, ivi compresi i bambini a partire dall'età scolare, con una lieve riduzione dopo i 60 anni. Le donne sono più colpite degli uomini (2:1).

Data l'elevata prevalenza, i DFGI hanno rilevanti implicazioni sociali ed economiche perché comportano costi sanitari diretti, ad esempio i costi per la ricerca diagnostica al fine di escludere una patologia organica, richieste peraltro spesso inappropriate, e costi per le prescrizioni farmacologiche. Da tener presente, però, che il 34% di tutti i costi diretti è a carico del paziente a causa del mancato rimborso delle terapie da parte del Ssn. Importanti anche i costi indiretti dovuti a perdita di giornate lavorative, considerando che i DFGI sono la seconda causa di assenza dal lavoro per malattia dopo l'influenza. Da non trascurare l'impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti.

I criteri di Roma per definire i disturbi funzionali gastrointestinali

Il medico di Medicina Generale è il pri-

**Daniela Livadiotti,
Flavio Borgomastro,
Giovanni Paolo Reina**
Simpesv

mo a entrare in contatto con pazienti con DFGI, che rappresentano circa il 15-20% delle visite totali del mmg e circa il 50% delle visite dello specialista.

La mancanza di un marker anatomico, biochimico o radiologico di malattia rende non semplice la diagnosi di ciascun disordine. Al fine di facilitare una diagnosi definita di DFGI, sono stati formulati i *criteri di Roma*, la cui prima pubblicazione avvenne nel 1994, con lo scopo di sviluppare criteri diagnostici basati sul sintomo, applicabili nella pratica clinica e nella ricerca e validati attraverso un processo basato sull'evidenza. I criteri di Roma possono dunque essere adottati per standardizzare l'approccio diagnostico-terapeutico in modo da ridurre al minimo gli esami e ottimizzare i costi sanitari.

Utilizzando i criteri di Roma, i DFGI sono stati suddivisi in sei sotto-categorie riferite a cinque sedi anatomiche (esofagea, gastroduodenale, intestinale, biliare, anorettale) più il dolore addominale funzionale.

Le forme più comuni di DFGI sono la dispepsia funzionale (46,5%) e la sindrome dell'intestino irritabile (45,2%).

Come procedere alla diagnosi

Nello stesso paziente possono associarsi più disturbi digestivi funzionali, come nel caso dell'associazione di sintomi propri della dispepsia funzionale con quelli propri dell'intestino irritabile, il che suggerisce che i DFGI abbiano un'etiopatogenesi comune. Inoltre, spesso, sintomi non gastrointestinali si presentano in comorbidità. Questa associazione è troppo frequente per sostenere che essa sia casuale ed altrettanto sembra non casuale che le malattie non gastroenterologiche che più frequentemente compaiono in associazione con i DFGI, come la fibromialgia, la sindrome da fatica cronica ed il dolore pelvico cronico, non ri-

conoscano, al pari dei DFGI, alcuna causa organica nota e che presentino altri aspetti in comune fra loro e con i DFGI: sono più frequenti nelle donne, possono essere innescate o aggravate dallo stress, sono associate a stanchezza, disturbi del sonno, ansietà e depressione.

La IBS è una patologia molto frequente nei paesi industrializzati e incide prevalentemente su una fascia d'età coincidente con la piena attività lavorativa della popolazione interessata. Gli studi epidemiologici più attuali ci dicono che è relativamente bassa nel Nord Europa (Danimarca ed Olanda) con una percentuale che oscilla tra il 5 ed il 15% mentre è più diffusa negli altri paesi europei con un picco proprio in Italia dove può colpire sino al 30% della popolazione.

La diagnosi si basa sui *criteri di Roma III* che hanno una specificità che supera il 98%, quindi il rischio di misconoscere una patologia organica è molto basso.

Con i criteri di Roma III è stata validata la *Bristol Stool Scale*, che permette la sottotipizzazione della IBS nelle sue varianti cliniche, importante perché consente di differenziare le diverse scelte di trattamento. La nuova proposta di classificazione prevede 4 sottocategorie di IBS in base al carattere prevalente delle feci.

La piena utilità di questi sottotipi è comunque discutibile, infatti, entro 1 anno, il 75% circa dei pazienti cambia sottotipo, e circa il 29% muta da IBS-C ad IBS-D.

All'esame obiettivo è possibile rilevare meteorismo e *corda coli*, ovvero il riscontro di una tumefazione di forma allungata, disposta longitudinalmente, legata ad un colon abnormemente contratto, dolente alla palpazione, solitamente a livello della fossa iliaca sinistra e del fianco sinistro.

L'associazione dei gastroenterologi americani (AGA, *American Gastroenterological Association*) non consiglia di effet-



tuare alcun test di laboratorio o di diagnostica per immagini nei pazienti di età inferiore ai 50 anni con sintomi tipici di IBS e senza *segni o sintomi di allarme*, quali:

- risveglio notturno provocato dai disturbi addominali;
- cambiamento delle abitudini dell'alvo che persiste da 6 o più di settimane;
- febbre;
- perdita di peso;
- presenza di sangue nelle feci;
- anemia;
- anamnesi familiare positiva per IBD o neoplasie.

La fisiopatologia della IBS risulta ancora oggi poco chiarita, data la sua eziopatogenesi multifattoriale in cui giocano un ruolo fondamentale l'ereditarietà (il 33% circa dei pazienti con IBS presenta familiari di primo grado affetti da tale disturbo) e l'ambiente.

È comunque possibile riconoscere alcuni *meccanismi fisiopatogenetici*, quali:

- alterata motilità gastrointestinale;
- iperalgesia viscerale;
- infiammazione microscopica;
- psicopatologia.

Frequentemente si rileva un'alterazione della motilità gastrointestinale, come supportato dall'osservazione di specifiche modificazioni della funzionalità mioelettrica del complesso muscolare del piccolo e grande intestino, soprattutto nel periodo postprandiale. Le attuali teorie ipotizzano una iperreattività generalizzata della muscolatura liscia; ciò spiegherebbe anche la presenza di sintomi urinari, tra cui ricordiamo l'aumento della frequenza minzionale, l'urgenza minzionale e la nicturia.

I pazienti con IBS hanno, rispetto ai soggetti di controllo, una più bassa soglia percettiva del dolore (iperalgia viscerale) durante la distensione rettale da parte di un palloncino gonfiabile, distensione che stimola le fibre nervose afferenti. Studi di PET hanno mostrato, nei soggetti con IBS, un'iperattivazione della corteccia frontale responsabile dello stato di vigilanza e dell'ansia ed un'incapacità di attivare il centro della regione del cingolo, collegato al sistema di inibizione del dolore: gli stimoli nocicettivi, invece di essere elaborati e modulati, sarebbero amplificati ed associati ad ansia.

Questa differenza nella tolleranza al dolore sembra limitata al tubo digerente, dal momento che tra pazienti con IBS e soggetti sani non vi è una differenza significativa nella tolleranza al dolore somatico.

Il ruolo del microbiota intestinale

Nella fisiopatologia dell'IBS gioca un ruolo importante il microbiota intestinale. Diversi studi hanno dimostrato come alterazioni qualitative e quantitative del microbiota siano associate ad una maggiore sollecitazione dell'immunità innata ed adattiva tramite stimolazione dei TLR4 (Proteina Toll Like Receptor 4) e TLR5 (Proteina Toll Like Receptor 5), entrambe attive nel contesto dell'Immunità Innata, da parte di prodotti di derivazione batterica.

La conseguenza diretta di tale attivazione, sia a livello della mucosa colica che del piccolo intestino, sembrerebbe essere la presenza di infiltrato mastocitario e linfocitario in particolar modo in prossimità delle terminazioni nervose enteriche, nonché uno sbilanciamento nella secrezione di citochine pro- ed antinfiammatorie che si riscontra sia a livello intestinale che sistemico e che determina una condizione di "low grade inflammation".

Infine è indubbio che il profilo psicologico del paziente giochi un ruolo fondamentale nella patogenesi della IBS; tale connessione è evidenziata dall'andamento ricorrente della malattia, con fasi di remissione e riesacerbazione, queste ultime molto frequentemente precedute da stress psicofisici. Il dolore e il fastidio addominale, accompagnati da alterazione dell'alvo, sono inoltre essi stessi causa di stress, ansia ed apprensione, stati emotivi che possono sostenere il circolo vizioso alla base della sindrome dell'intestino irritabile.

Bibliografia

- Talley NJ, *Functional gastrointestinal disorders as a public health problem*, Neurogastroenterol Motil, 2008 May
- Yehuda Ringel and Nitsan Maharshak *Intestinal microbiota and immune function in the pathogenesis of irritable bowel syndrome*, Am J of Physiology Gastrointestinal and Liver Physiology 2013
- Barbara G et al, *The immune system in irritable bowel syndrome* J Neurogastroenterol Motil 2011
- Jae Myung Park, *Functional Gastrointestinal Disorders Diagnosed i Rome III Questionnaire*, J Neurogastroenterol Motil 2011;
- Whitehead, W. E, *Comorbidity in irritable bowel syndrome*, Am J Gastroenterol 2007

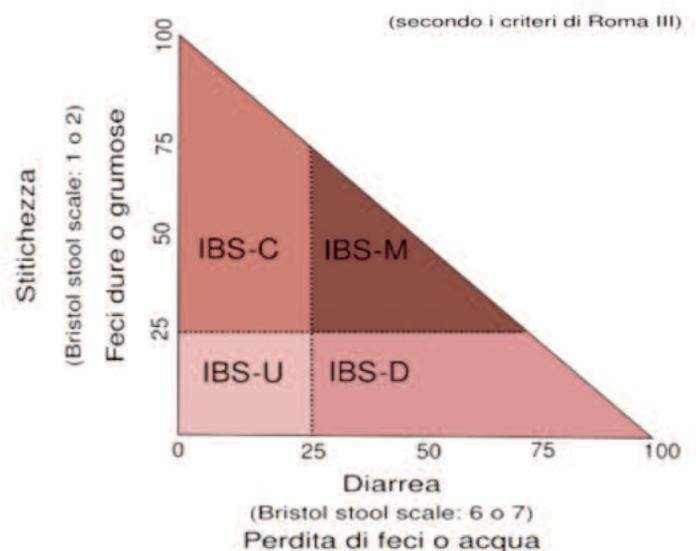
Prima fase della diagnosi



The Bristol Stool Scale

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on the surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. Entirely Liquid

Sottotipi della sindrome da intestino irritabile





LA DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN MEDICINA GENERALE: LA ECO STETOSCOPIA

Angelo Campanini
Fabio Bono

LA MEDICINA GENERALE in Italia è stata concepita ed interpretata per molto tempo, e lo è ancora da una parte maggioritaria dei medici, come una disciplina basata quasi esclusivamente sulla relazione medico-paziente, area di applicazione e di elaborazione del modello bio-psico-sociale. Per esercitare una professione che abbia nelle radici epistemologiche questo pensiero, la conoscenza della semeiotica classica e l'arte, sempre fondamentale, della anamnesi accurata, sono probabilmente sufficienti. Parlare di tecnologia diagnostica negli studi dei medici di Medicina Generale può essere ritenuta

quasi una violazione del paradigma sopra sintetizzato. Bisogna però ricordare che anche in un passato non troppo remoto negli studi dei medici di famiglia erano presenti strumentazioni, anche molto impegnative e sofisticate, utilizzate per tentare di giungere a diagnosi o a ipotesi diagnostiche più corrette o per lo meno per escluderne alcune. Un esempio per tutte è l'apparecchio schermografico che, pur con i suoi rischi di radiazioni ionizzanti, per anni, ha trovato utilizzatori tra i medici di famiglia. La necessità di strumenti diagnostici adeguati al contesto operativo ed alle esigenze professionali

non è quindi un elemento di novità. Nel tempo, il numero di mmg dotati, nei propri studi, di strumentazioni tecnologiche è stato minoritario. Sotto la spinta possente della burocrazia del sistema, l'innovazione tecnologica si è concretizzata, assorbendo gran parte delle risorse e del tempo di impiego, nella tecnologia informatica, con un uso, per altro, più razionalistico che scientifico.

Strumenti diagnostici "ideali"

Tra i numerosi strumenti di diagnostica utilizzabili oggi negli studi dei mmg (ECG, ECG Holter, cicloergometro, Holter pres-



Da anni si indaga l'atteggiamento dei mmg nei confronti della tecnologia, la propensione ad investire in strumenti diagnostici, non solo per ovvi motivi di mercato, ma anche e soprattutto per valutare cambiamenti gestionali con possibili ricadute sul tipo di risposta offerto ai cittadini e di conseguenza sui contratti collettivi nazionali

sorio, ossipulsimetro, spirometro, ecc.) il più versatile e "multidisciplinare" è senza dubbio l'ecografo, in grado di supportare ogni tipo di quesito diagnostico. Le prime immagini ultrasonografiche di patologia addominale risalgono al 1958¹. I primi utilizzatori della metodica furono i radiologi, i cardiologi e gli ostetrici, ma con rapidità, con lo sviluppo della tecnologia così detta in B-mode (brightness mode) in scala di grigi in real time, ogni disciplina medica aumentò le proprie potenzialità diagnostico-terapeutiche con un largo impiego degli ultrasuoni, sicuri per il paziente, e senza rischi per il medico.

Fino agli anni '90 il costo della strumentazione, le dimensioni e la complessità di queste apparecchiature hanno costituito una barriera al loro impiego in MG, ma dagli anni 2000 la miniaturizzazione ed la diminuzione dei costi hanno reso appetibile e realizzabile anche per questa disciplina la possibilità di fruire degli US, con macchine compatte, ma di elevata qualità. Inoltre attorno al 2010 sono stati immessi sul mercato ecografi portatili di due tipologie: *pocket size device* e *tablet size device*. La prima tipologia è quella che si definisce degli ecostetoscopi o ecoscopi (apparecchi tascabili), la seconda è quella che rende possibile la *POCUS - Point of Care US* (apparecchi tipo tablet o personal computer).

Ci si può, e ci si deve quindi aspettare un diffuso impiego di questi strumenti, il futuro della MG che però è già oggi.

I mmg e la tecnologia: un rapporto difficile?

Da anni si indaga l'atteggiamento dei mmg nei confronti della tecnologia, la propensione ad investire in strumenti

diagnostici, non solo per ovvi motivi di mercato, ma anche e soprattutto per valutare, nel concreto, cambiamenti gestionali con possibili ricadute sul tipo di risposta offerto ai cittadini e di conseguenza sui contratti collettivi nazionali, regionali o aziendali di categoria.

Da indagini condotte dal Centro Studi Fimmg, emergeva che, nel 2003, con diversa distribuzione tra le varie regioni italiane, con differenze relative alle fasce di età ed alla specificità o esclusività del lavoro (solo convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o misto con forte componente di attività libero professionale), oltre il 35% dei mmg possedeva un elettrocardiografo, il 24% uno spirometro, il 13,5% un apparecchio Doppler, il 7,6% un ecografo². Questi dati sono stati ampiamente discussi e presentati a sostegno di un importante progetto di formazione elettivamente dedicato all'ecografia generalista iniziato nel 2005 ed ancora intensamente attivo su tutto, o quasi, il territorio nazionale³. La ricaduta del progetto, operativamente gestito dalla Scuola nazionale di Ecografia Fimmg - Metis e dalla Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (Siemg)⁴, è certamente stata quella di contribuire a portare al 15% del totale i medici che oggi utilizzano un ecografo nella quotidianità lavorativa. Le attese e gli obiettivi sono più ampi ed in termini di quantità di esami ecografici ef-

fettuati, sembra corretto e logico pensare che il 40% almeno di questi possa essere effettuato all'interno della MG. L'impegno di Siemg in questo ambito compie quest'anno undici anni, con la conferma sul campo, mese dopo mese, che la metodologia didattica adottata, l'affidamento dell'insegnamento a mmg esperti ecografisti, gli altri strumenti formativi disponibili in rete per i soci, siano state scelte vincenti, ancorché da più parti contrastate, atte a formare medici effettivamente capaci di utilizzare gli US nella pratica quotidiana, per sé e per i colleghi mmg.

Il contesto organizzativo

La necessità di un più ampio utilizzo della tecnologia ed in special modo dell'ecografia è suggerita dai mutamenti imposti alle Cure Primarie dai nuovi contesti organizzativi. La diversa organizzazione delle Cure Primarie concretizzatasi negli ultimi anni, spinta da forze culturali e sindacali da una parte e dagli Organismi Regolatori (Regioni e Ministero) dall'altro, sancita dal decreto Balduzzi⁵, è basata su aggregazioni territoriali sia funzionali (AFT: aggregazioni funzionali territoriali - NCP: nuclei di cure primarie - UCCP: unità complesse di cure primarie) che strutturali (Case della Salute) all'interno delle quali, a diverso titolo, lavorano i MMG. In questo contesto del nuovo assetto delle Cure Primarie, nelle quali il la-

TABELLA 1

Le possibilità di diagnostica differenziale con l'ecostetoscopio

Sospetto diagnostico	Valutazione all'ecostetoscopio
Versamento pleurico, pericardico, peritoneale	Presenza / assenza, estensione
Polmone asciutto o polmone umido	Presenza / assenza
Dilatazione dei ventricoli cardiaci	Presenza / assenza
Severa disfunzione sistolica cardiaca	Presenza / assenza
Collassabilità della vena cava inferiore	Presenza / assenza
Massa addominale sospetta o palpabile	Presenza / assenza, solida / liquida
Atrofia o megalia dei visceri addominali	Presenza / assenza
Idrope della colecisti	Presenza / assenza, calcoli
Idronefrosi	Presenza / assenza
Ostruzione biliare o intestinale	Presenza / assenza
Aneurisma della aorta addominale	Presenza / assenza
Ostruzione vescicale	Presenza / assenza

Controllo di manovre invasive	
Toracentesi, paracentesi eco - assistite	
Posizionamento o ricerca del catetere vescica	Presenza / assenza
Posizionamento di catetere intravenoso periferico	

TABELLA 2

Guida a piccole manovre invasive

Situazione clinica	Obiettivo della manovra	Apporto dell'ecostetoscopio
Valutazione del versamento libero già noto (pleurico o addominale)	Aspirazione o drenaggio	Scelta del punto di iniezione
Riduzione o blocco della eliminazione di urina in paziente cateterizzato	Dislocazione del catetere? Riposizionamento?	Catetere in situ; catetere dislocato; quale altra origine può avere la ritenzione?

voro è svolto in integrazione con diverse professioni sanitarie (Specialisti, Infermieri laureati, terapisti della riabilitazione, sociologi e assistenti sociali ecc.), i MMG sentono la necessità di mantenere una leadership clinica, ma resta difficile capire come ciò possa avvenire senza la possibilità di proporre, ma soprattutto confermare le diagnosi. Lo stesso problema rimane anche per coloro che, e non sono pochi nel Paese, operano in singole strutture, collegate in rete o indipendenti le une dalle altre.

Quale che sia il modello organizzativo di lavoro resta il problema di fondo che è quello del ruolo che il MdF gioca nel sistema, ovvero se sia in grado di essere

non solo fruitore di servizi diagnostici, ma anche fornitore.

La formazione all'impiego degli US

Non dimenticando altri strumenti utilissimi, per la duttilità e il campo di applicazione amplissimo della ultrasonografia diagnostica, come già sopra anticipato, lo strumento capace di cambiare il paradigma di risposta ai bisogni di diagnosi e cura dei cittadini è, indubbiamente, l'ecografo.

Il conseguimento di adeguati livelli di affidabilità diagnostica richiede un investimento in una formazione specifica importante, quantificata dalle maggiori società internazionali di imaging ad US in

circa 280 ore teorico-pratiche, concentrate, per ottenere una solida curva di apprendimento, mantenuta nel tempo, nell'arco di 6 - 24 mesi a seconda degli obiettivi. È fondamentale che anche i futuri MMG, coloro che frequentano nelle diverse Regioni i Corsi di Formazione Specifica in MG (Triennio di "specializzazione" in MG) abbiano un primo e non irrilevante contatto con la metodica e le sue applicazioni principali (addome e tiroide). Molte sono le Scuole Regionali che hanno inserito questo specifico percorso nel programma formativo generale, ed i risultati sono molto incoraggianti⁶.

Lo strumento per la visita eco assistita e la formazione al suo utilizzo

Un review article di Moore e Copel⁷ offre una importante sintesi dello svilupparsi dell'utilizzo degli US ed elenca tutte le specialità mediche che hanno tratto profitto dalla "point of care ultrasonography" negli anni, specificandone altresì le applicazioni. Ovviamente non viene citata la MG, ma ci si può consolare dal momento che, curiosamente, non compare nemmeno la gastroenterologia. Tuttavia, proprio l'evoluzione della tecnologia, con la realizzazione di strumenti di ridotte dimensioni e a basso costo, che sopra sono stati definiti come *pocket size* o *tablet size device*, porta nuove opportunità per ogni mmg, anche per coloro che non intendano dedicare troppo tempo e denaro a completare un impegnativo percorso formativo. Questi piccoli strumenti a US, estremamente compatti, trasportabili nella borsa o addirittura in tasca, si utilizzano come dei sofisticati, potenti stetoscopi. Sono eco stetoscopi. La curva di apprendimento necessaria al loro impiego è rapida ed il tempo necessario ad acquisire una nuova e relativamente semplice semeiotica ecostetoscopica è quantificabile in poche ore. Ovviamente l'obiettivo prefissato non è quello di diventare ecografisti, ma quello di poter risolvere, sul campo, nello studio o al letto del paziente, dubbi che quotidianamente emergono visitando un malato con acuzie di vario tipo, affrontando con maggiore appropriatezza un numero limitato di ipotesi diagnostiche, la cui immediata soluzione può cambiare radicalmente il percorso terapeutico, o diagnostico di approfondimento.

In questo ambito SIEMG ha da anni sviluppato uno specifico programma formativo che si risolve in una sola giornata e che ha lo scopo di insegnare i fondamentali semeiologici e semantici della

diagnostica ad US. Il programma prevede la presentazione dei concetti base di fisica degli ultrasuoni, la pur semplice regolazione degli ecostetoscopi, la semantica delle immagini ultrasonografiche, la semeiotica ecografica di base, l'esposizione dei quadri patologici affrontabili, suddivisi per aree topografiche (ipocondrio destro, ipocondrio sinistro, ipogastrio, grandi vasi addominali, torace). La metodologia prevede sempre la proiezione di immagini di normali reperti ultrasonografici con corrispettivi quadri di patologia, nonché esercitazioni pratiche su soggetti sani.



Dal 2010 oltre 100 sono stati i corsi rivolti a tutti i mmg che, nei diversi contesti operativi, specialmente quelli privi di strumentazioni ecografiche vere e proprie eventualmente già presenti in grandi Case della Salute o Unità Complesse di Cure Primarie o Ospedali di Comunità, volessero dotarsi di una specie di "super vista". In modo meno sintetico si possono esemplificare situazioni cliniche significative nelle quali l'apporto dell'ecostetoscopio può risultare decisivo.

A fronte di un addome disteso, allargato (batraciano o globoso che sia) ed in base all'anamnesi del paziente si potrà semplicemente pensare e constatare una obesità che non comporta scelte immediate, ma anche ad un versamento libero addominale (ascite) ben identificabile con un eco stetoscopio.

Il riscontro di una ipofonesi alla percussione del torace e di un respiro alitante all'auscultazione suggeriscono un versamento pleurico, immediatamente confermabile con gli US.

In un paziente con tachicardia, attenuazione dei toni cardiaci, bassi voltaggi all'ecg, si può verificare, con l'ecostetoscopio, la presenza di versamento pericardico.

Visitando un paziente dispnoico l'ecostetoscopio può dare indicazioni precise sul diametro antero-posteriore della cava, che è correlato alla pressione venosa centrale; può evidenziare la presenza di versamenti pleurici o pericardici, la presenza di un polmone umido, che a sua volta correla con il BNP; può consentire un giudizio sulla capacità contrattile del cuore sulla base della frazione di eiezione visiva. Una massa addominale palpabile può essere confermata, definendone anche meglio, ove possibile, la sede ed i rapporti e suggerendone ipotesi di natura.

In corso di colica addominale in ipocondrio o al fianco destro od in loggia renale, irradiati anche al basso addome, l'utilizzo dell'ecostetoscopio spesso chiude la diagnosi, differenziando immediatamente una idrope della colecisti, una colecistite calcolosa, una colica renale con idronefrosi, implementando il valore dei segni classici di Murphy, di Giordano o di Guyon, notoriamente poco sensibili e specifici.

La marcata riduzione o assenza di diuresi, accompagnata da dolore ipogastrico, spesso in un pazienti anziani, con demenza o esiti di ictus, non collaboranti, può essere indagata rapidamente con l'ecostetoscopio, allo scopo di accertare un eventuale globo vescicale.

Una idronefrosi di lunga data può portare ad un peggioramento della funzionalità renale e può essere accertata agevolmente con una visita ecoassistita.

La presenza di ittero richiede che si faccia una prima, differenziazione tra cause mediche e chirurgiche, attraverso il riconoscimento di una dilatazione delle vie biliari.

Una massa epigastrica pulsante deve far pensare ad un aneurisma dell'aorta addominale e con l'ecostetoscopio si può agevolmente confermare o escludere la diagnosi, soprattutto in pazienti con alta prevalenza di questa patologia: fumatori, ipertesi > 65 anni di età.

Sono anche possibili piccole manovre invasive in ecoguida, come illustrato dalla tabella 2.

Considerazioni conclusive

L'utilizzo dell'ecostetoscopio, che, pur non essendo un vero ecografo, garantisce, negli specifici problemi sopra illustrati, un alto livello di affidabilità diagnostica, può migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle performance del MMG. Come si è detto ciò è conseguibile con un modesto impegno di capitale, con una rapida acquisizione di elementi di base della semeiotica ecografica. È anche auspicabile che la diffusione dell'uso di questi strumenti porti almeno una parte dei MMG, che li impiega nella quotidianità lavorativa, a volerne sapere di più, a voler diventare ecografisti generalisti, per fruire compiutamente delle enormi potenzialità della metodica, per i propri assistiti, per la propria Casa della Salute, per la propria Aggregazione Funzionale Territoriale, per la propria Unità Complessa di Cure Primarie, per la propria Rete. L'auspicio è quello che non solo gli ultrasuoni, ma anche le altre tecnologie divengano di routinario utilizzo nella MG italiana, in modo che le Cure Primarie ancora di più siano luogo di autentica e immediata risposta ai bisogni di salute dei cittadini, a livelli di eccellenza per accuratezza, appropriatezza e affidabilità. L'auspicio è ancor più valido per i giovani colleghi che entreranno in un prossimo, vicinissimo futuro, nella MG con la possibilità, possedendo un bagaglio culturale di tecnologia diagnostica, di avvicinare quelle realtà della MG nord europea nelle quali, come in Germania, la diagnostica di base è estesamente praticata, e retribuita, e che comprende l'impiego quotidiano di ECG, spirometria, ecografie addominali e tiroidee, ECG Holter, test da sforzo al cicloergometro e Holter pressorio.

- 1 Donald I, Macvicar J, Brown TG. Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound. *Lancet* 1958;1:1188-95.
- 2 http://www.fimmg.org/centrostudi/Q200307/Q2003_07_Tab09.htm
- 3 Bono F, Campanini A. The METIS project for generalist ultrasonography. *J Ultrasound*. 2007 Dec;10(4):168-74. doi: 10.1016/j.jus.2007.09.003. Epub 2007 Oct 31.
- 4 www.SIEMG.org
- 5 DDL 158/2012: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. (12G0180) (GU n.214 del 13-9-2012) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (in S.O. n. 201, relativo alla GU 10/11/2012 n. 263)
- 6 Annarita Saponara (C.A.) e Paola Demicheli (C.A.), con la collaborazione di Fabio Bono e Andrea Pizzo. Dalla scuola di formazione specifica in medicina generale al territorio. Un percorso necessario. *Avvenire Medici* 2013; 3: 14 - 17
- 7 Christopher L. Moore, M.D., and Joshua A. Copel, M.D. Point-of-Care Ultrasonography. *N Engl J Med* 364;8 - february 24, 2011

Anche poche sigarette, a lungo termine, sono associate a un aumento di mortalità

CHI FUMA 10 SIGARETTE O MENO al giorno ha maggiori rischi di morte rispetto agli individui che non hanno mai fumato, fornendo un'ulteriore prova che non esiste una quantità sicura nel numero di sigarette, secondo uno studio pubblicato da *JAMA Internal Medicine*. Il fumo di tabacco è un problema di salute pubblica in tutto il mondo e causa 5 milioni di morti ogni anno.

Tuttavia, ci sono pochi dati sugli effetti a lungo termine del fumo di poche sigarette al giorno ed esistono moltissime persone che credono che tale basso livello possa essere innocuo. Maki Inoue-Choi e coll., del National Cancer Institute di Rockville nel Maryland, hanno esaminato le associazioni tra il fumo di sigaretta di una fino a 10 al giorno e valutato il rischio di morte tra fumatori in atto ed ex fumatori. Lo studio ha incluso 290.215 adulti di età compresa tra i 59 e gli 82 anni (22.337 fumatori attivi -7,7%,

156.405 ex fumatori -53,9% e 111.473 non fumatori -38,4%), che hanno completato nel 2004-2005 il questionario del National Institutes of Health e AARP Health Study. Sono stati inoltre compresi altri parametri come la quantità di sigarette e se i soggetti fumavano da meno di 15 a più di 70 anni. Rispetto a chi non aveva mai fumato, i fumatori con 10 o meno sigarette al giorno presentavano un rischio più elevato di morte per tutte le cause, in particolare per il cancro del polmone.

Gli ex fumatori avevano un rischio più basso di morte se smettevano da giovani. Questi risultati forniscono nuove prove che non esista un numero non nocivo di sigarette: tutti i fumatori devono seguire un counselling per smettere di fumare, a prescindere dal basso numero di sigarette fumate al giorno.

N. D. Freedman et al. *JAMA Intern Med*, December 2016.



Burnout tra i medici

Secondo una metanalisi condotta dai ricercatori dell'Università di Manchester e di Southampton, gli attuali approcci individuali, per trattare il burnout dei medici, non sono efficaci e la questione dovrebbe invece essere affrontata con iniziative a livello di associazione o gruppi di medici. Nella metanalisi sono stati esplorati gli interventi diretti sul medico singolo e gli interventi che hanno come target l'ambiente di lavoro nel suo complesso. La ricerca ha concluso che, mentre le azioni focalizzate sul medico singolo, come la psicoterapia cognitivo-comportamentale, sono sì importanti, il più grande successo nel prevenire e ridurre il burnout dei medici può essere raggiunto attraverso l'adozione di approcci organizzativi diretti come il miglioramento dell'ambiente di lavoro e la cultura organizzativa.

Il burnout è un problema importante nel settore sanitario ed è spesso causato da eccessivo carico di lavoro, squilibrio tra richieste e competenze professionali, mancanza di controllo del lavoro e stress prolungato. Si tratta di una sindrome che consiste in esaurimento emotivo, depersonalizzazione e diminuito senso



di realizzazione personale. È importante porre l'accento che dal burnout possono risultare un aumento degli errori medici, una ridotta qualità della cura del paziente e una conseguente minore soddisfazione da parte del paziente stesso. Si è constatato che le organizzazioni che seguono i cambiamenti strutturali, favorendo la comunicazione tra i membri del team di assistenza sanitaria e coltivando il lavoro di squadra, tendono ad essere più efficaci nel ridurre il burnout. Tuttavia, tali interventi diretti sull'organizzazione sono rari e non valutati a sufficienza. In più, i giovani medici, agli inizi della loro carriera, sono

Il burnout è un problema importante nel settore sanitario ed è spesso causato da eccessivo carico di lavoro

a più alto rischio di burnout rispetto a quelli con più esperienza mentre gli interventi focalizzati su miglioramento di lavoro di squadra, tutoraggio e capacità di leadership potrebbero essere particolarmente adatti per questo gruppo. Maria Panagioti, ricercatrice in Primary Care dell'Università di Manchester ha detto: "I nostri risultati mostrano chiaramente che abbiamo bisogno di modelli di intervento più efficaci per prevenire il burnout dei medici. Questi modelli potrebbero essere basati sugli interventi organizzativi che promuovono sane relazioni individuali". Per George Lewith, professore dell'Università di Southampton "questo lavoro suggerisce che, se vogliamo mantenere professionalmente competenti i medici del NHS, che lavorano in prima linea sul territorio, abbiamo bisogno della creazione di adeguati ambienti di lavoro per sostenere la loro salute fisica e mentale. Gli sforzi devono essere concentrati sulla ricerca di modi appropriati che raggiungano i medici che lavorano in ambienti stressanti per garantire il loro benessere".
A. Esmail et al. *JAMA Intern Med*, December 2016.

Marco Fantini

ENPAM, LA POLIZZA SANITARIA PER IL 2017

Online su salutemia.net i moduli per l'adesione

ANCHE PER IL 2017 gli iscritti Enpam possono scegliere di aderire a una copertura sanitaria su misura per i medici e gli odontoiatri, con importanti novità che riguardano l'aumento dei rimborsi, la possibilità di conservare i diritti maturati con altre coperture e condizioni migliorative rispetto allo scorso anno.

Restano i vantaggi della formula inaugurata nel 2016: la detraibilità fiscale delle somme pagate e un rapporto più diretto tra l'iscritto e chi gestisce la sua posizione.

Da quest'anno inoltre viene introdotta una fascia tariffaria riservata ai giovanissimi, che con meno di 300 euro consente di dare una copertura base agli under 20, e la possibilità di godere di prestazioni a tariffe agevolate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

SaluteMia per medici e odontoiatri

A dare copertura ai bisogni di salute di medici e dentisti sarà sempre *SaluteMia*, Società di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri (ai sensi della Legge 15 aprile 1889 n. 3.818). Grazie alla Società di mutuo soccorso gli iscritti non devono più relazionarsi con una compagnia di assicurazione esterna. Inoltre aderire ai piani sanitari attraverso *SaluteMia* è vantaggioso sul piano fiscale perché i costi si possono detrarre dalle tasse.

Assistenza personalizzata

Per aderire ai piani sanitari è necessario compilare il modulo che si può scaricare direttamente dal sito www.salutemia.net. Gli iscritti potranno contare su un'assistenza concreta nel momento della scelta e dell'acquisto del pacchetto personalizzato. Sarà infatti possibile contattare gli operatori per telefono, per email, o di persona presso la sede di via Torino 38 a Roma.

Piano base e moduli integrativi

La copertura nasce per essere strutturata secondo le proprie esigenze. La garanzia base copre dai rischi che derivano dai gravi eventi morbosi, i grandi interventi chirurgici, l'alta diagnostica, l'assistenza alla maternità, la prevenzione dentale e



gli screening preventivi anche in età pediatrica. A questa garanzia si aggiungono poi tre moduli integrativi. Il primo è quello definito "Ricoveri", con cui vengono rimborsate le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto) e day hospital. Il secondo riguarda la "Specialistica", che copre le spese mediche per prestazioni di alta diagnostica integrata, analisi di laboratorio e fisioterapia. Infine, nel terzo modulo "Odontoiatria" sono previste le prestazioni odontoiatriche particolari, per le cure dentarie. Il dettaglio delle prestazioni garantite è comunque pubblicato sul sito www.salutemia.net

Nessun limite d'età

Per poter aderire non sono previsti limiti di età anche per i coniugi o i conviventi. Ogni componente del nucleo familiare può scegliere le garanzie integrative che desidera individualmente, senza la necessità di dover sottoscrivere le stesse combinazioni per l'intera famiglia. L'iscritto potrà inoltre contare su una Commissione a cui rivolgersi in caso di controversie inerenti la liquidabilità delle prestazioni.

Detraibile al 19 per cento

Il costo della copertura sanitaria, fino a un massimo di 1.291,14 euro, si potrà detrarre dalle tasse al 19 per cento. Le spese, infatti, grazie alla gestione attra-

verso una Società di mutuo soccorso, sono assimilate ai contributi associativi che per legge possono essere sottratti alle imposte da pagare (articolo 15, lettera ibis del Testo Unico delle Imposte sui Redditi).

Passa a SaluteMia

Rimborsi maggiori tra le novità del 2017

Ad illustrare le principali novità della copertura sanitaria per il 2017 è il presidente della Società di mutuo soccorso *SaluteMia*, Gianfranco Prada: "Innanzitutto aumentano i rimborsi per le prestazioni di alta specialistica e in più abbiamo previsto modalità di accesso più flessibili". Per certi versi funzionerà come con i piani telefonici, ma invece di conservare il proprio numero ci si porterà dietro la propria storia di copertura: "Passare a *SaluteMia* sarà più facile per molti medici e dentisti perché in alcuni casi saremo in grado di garantire la continuità con altre coperture sanitarie che dovessero aver sottoscritto in passato".

Per saperne di più

Per adesioni, documenti e informazioni visitate il sito www.salutemia.net. Per chiedere un supporto su come compilare il modulo online, potete chiamare il numero 06 2101 1350, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17.



Bruno Cristiano

L'ARTE DI SAPER ASCOLTARE

Come il bambino compie un lungo tirocinio prima di cominciare a parlare, incamerando e assimilando tutto quello che ascolta, così prima che nell'arte di parlare occorre esercitarsi in quella dell'ascoltare

Nell'era del massimo sopravvento della lingua sull'orecchio, del parlare o sparlare sull'ascoltare, può essere utile leggere *L'arte di saper ascoltare* di Plutarco. Perché chi parla e non ascolta non impara mai nulla, perché dice ciò che già sa, mentre solo ascoltando si possono imparare cose nuove e utili. Ecco una breve sintesi.

..dormi Plutarco, ti ruberò qualche concetto per i dirigenti Fimmg e per quello 0,0000001% che ha ancora voglia di leggere, aprendo l'orecchio con lingua muta.

Prima di entrare in argomento, Plutarco fornisce alcuni cenni sul senso dell'udito, il quale - dice - è fra tutti il più esposto, non solo agli stimoli esterni ma anche a quelli interni, poiché la vista, il gusto e il tatto non producono i turbamenti che l'udito riversa sull'anima. Tuttavia, aggiunge:

questo senso è più legato alla ragione che al sentimento, perché mentre gli altri organi sono accessibili al vizio, che per loro mezzo arriva sino all'anima e vi si attacca, le orecchie sono le uniche parti del corpo sensibili alla virtù.

E ricorda la consuetudine di applicare ai ragazzi i paraorecchi usati dai lottatori, "per proteggerli dai discorsi nocivi". I giovani, infatti, possono trarre dall'ascolto non solo un grande vantaggio ma anche un grande pericolo (pensiamo ai rischi che provocano

oggi ai ragazzi la televisione, internet, la posta elettronica e i cellulari coi loro sms).

Come il bambino compie un lungo tirocinio prima di cominciare a parlare, incamerando e assimilando tutto quello che ascolta, così prima che nell'arte di parlare occorre esercitarsi in quella dell'ascoltare, perché anche qui sono necessari lo studio e l'esercizio.

Oggi si parla molto e si ascolta poco. Non c'è dibattito, non c'è programma televisivo in cui gl'intervenuti

non siano presi dalla mania di aprir bocca per dispensare il proprio sapere, e soprattutto per criticare o addirittura insultare chi la pensa diversamente. E il moderatore, lungi dal moderare, s'infervora anche lui, s'intromette, interrompe, scavalca, decide, "giudica e manda secondo che ringhia".

Quando uno parla, dice Plutarco:

"bisogna prestargli attenzione con animo pacato e ben disposto, come se fossimo stati invitati ad un banchetto sacro o alla cerimonia iniziale di un rito religioso, approvando chi si esprime bene e appropriatamente, o quantomeno apprezzando la buona volontà di chi espone in pubblico le proprie opinioni e cerca di accattivarsi l'uditorio utilizzando gli stessi ragionamenti che hanno convinto lui.

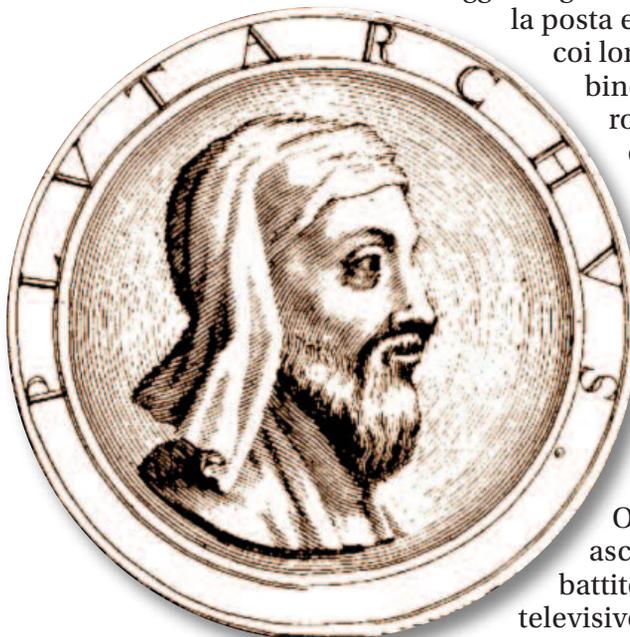
Perciò, conclude Plutarco:

dobbiamo giudicare prima noi che colui che parla, chiedendoci se anche a noi non possa accadere di incappare inconsapevolmente in qualche simile errore. È facilissimo, infatti, biasimare gli altri, ma è cosa sterile e vuota se quella critica non la volgiamo anche verso noi stessi e se non c'induce a correggere o ad evitare analoghe scorrettezze.

Oltre agli arroganti, ai malevoli e agli invidiosi, nei dibattiti o nelle conferenze non mancano gl'ignoranti e i perdigiorno. Anche Seneca, nelle *Lettere a Lucilio*, parla di sfaccendati che si recano ad ascoltare i filosofi senza avere della filosofia nemmeno una infarinatura.

Tenacissimi e assidui - scrive - non sono allievi dei filosofi ma semplici inquilini, vengono come se andassero a teatro, non per imparare ma solo per il piacere di farsi accarezzare gli orecchi da un bel discorso, da una bella voce o da un bel lavoro(...). Alcuni portano anche un taccuino per segnarvi non concetti, ma parole, da ripetere poi meccanicamente senza alcun profitto, altri s'infiammano di fronte allo splendore dei discorsi, si immedesimano in chi parla e si eccitano come gli eunuchi al suono del flauto frigio.

E conclude che ben pochi tornano a casa con qualche conoscenza o qualche vantaggio in più...





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**.¹

Il carico della polmonite pneumococcica

La polmonite pneumococcica è associata a **elevati costi** per le cure mediche², **elevati tassi di ospedalizzazione e durata del ricovero**³, **maggior numero di decessi rispetto all'influenza** nei pazienti con infezione delle vie respiratorie⁴, **rischio superiore di mortalità nei 10 anni successivi** rispetto alla popolazione generale.⁵

Quali sono i fattori di rischio per la polmonite?

L'incidenza di polmonite pneumococcica aumenta con l'età e i fattori di rischio.⁶

I soggetti con **più di 65 anni** presentano un maggior rischio di polmonite.⁷

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.⁸

I principali sintomi sono: febbre, tosse, difficoltà respiratoria, brividi e dolore al torace.⁸



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 salute⁹
- ✓ evitare il contatto con persone malate e lavare regolarmente le mani¹⁰
- ✓ 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)¹¹
- ✓ **il vaccino pneumococcico coniugato 13-valente può essere co-somministrato con il vaccino stagionale dell'influenza**.¹²

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. | 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.⁴