

Le risorse per i rinnovi
delle Convenzioni nel decreto
sul Pubblico Impiego

ORA OCCORRE

RISCRIVERE UN NUOVO ATTO DI INDIRIZZO PER LA MEDICINA GENERALE

- 6 ATTUALITÀ**
Oms: "l'italia rischia
un'epidemia di morbillo"
- 8 ATTUALITÀ**
Epatite C: l'obiettivo è
l'eradicazione in tre anni
- 11 RACCONTARE LA
MEDICINA GENERALE**
Zamparella: "Un ripiego
di cui mi sono innamorata"

am
**AVVENIRE
MEDICO**

IL MENSILE DELLA FIMMG
NUMERO 2 - 2017 ANNO LV

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Famiglia



Silvestro Scotti
 Segretario nazionale
 Fimmg

UN ALTRO PASSO VERSO LA NUOVA CONVENZIONE

Lo sblocco delle risorse economiche per il rinnovo della Convenzione rappresenta un importante passo avanti verso la definizione del prossimo Accordo Collettivo Nazionale.

L'abbiamo salutato con soddisfazione e ci prepariamo a lavorare, ottenuto un nuovo Atto di Indirizzo, per una conclusione in tempi brevi della trattativa, sebbene la strada da percorrere necessiti ancora di importanti momenti di condivisione tra le parti.

Vanno poste solide basi di un quadro normativo/contrattuale che consenta un rilancio a tutto campo della Medicina Generale affinché sia messa in grado di affrontare le sfide dei prossimi anni: l'integrazione ospedale territorio, una gestione proattiva delle patologie croniche come previsto dal Piano nazionale della Cronicità, il coinvolgimento dei mmg come principali attori nell'attuazione del Piano nazionale Vaccini di recente pubblicazione e, non ultima, una rivalutazione del profilo di compatibilità del medico di medicina generale utile a mantenere centralità alla sua figura nelle trasformazioni dei modelli assistenziali pubblico/privato.

Per affrontare queste sfide è fondamentale ridurre i tempi per l'accesso alla Convenzione dei colleghi appena usciti dal Corso di Formazione e questo rappresenta per noi un obiettivo prioritario e non più rinviabile.

Obiettivi chiari, che possono apparire semplici, ma che sono essenziali per il futuro della nostra professione e della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

La partita è aperta, la giocheremo con serietà, impegno e passione e cercheremo anche in questo caso di fare presto e bene.

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
 Firenze Corti

Comitato di redazione
 Esecutivo nazionale Fimmg

Coordinamento editoriale
 Eva Antoniotti

Hanno collaborato
 Gennaro Barbieri,
 Giuseppe Nicodemo
 Bombardiere,
 Fabio Bono,
 Angelo Campanini,
 Lucia Conti,
 Bruno Cristiano,
 Andrea Le Pera,
 Ester Maragò,
 Walter Marrocco,
 Stefano A. Nobili,
 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

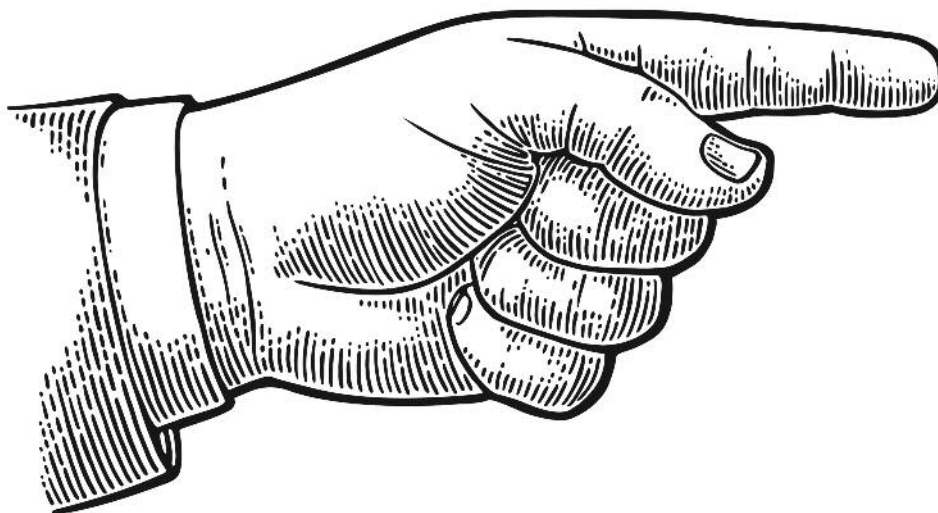
Sped. in abb. postale
 D.L. 353/2003
 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
 art. 1, comma 1, dcb Roma
 Finito di stampare
 nel mese di aprile 2017

“DECRETO MADIA”

Publicato in Gazzetta Ufficiale,
vincola risorse per i rinnovi
delle Convenzioni

ORA OCCORRE UN NUOVO ATTO DI INDIRIZZO PER LA MEDICINA GENERALE

È stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale lo scorso 30 marzo il cosiddetto decreto “Madia”, previsto dalla legge di stabilità 2017, che sblocca le risorse per i rinnovi dei contratti nel pubblico impiego. Il provvedimento ripartisce il Fondo con cui si finanzieranno, oltre ai rinnovi contrattuali della PA per il triennio 2016-2018, anche le assunzioni straordinarie e il riordino delle forze dell’ordine.



Dall’entrata in vigore del DPCM, una quota del finanziamento del Ssn è vincolata alla copertura anche del rinnovo convenzionale

L’ENTRATA IN VIGORE del provvedimento (DPCM 27 febbraio 2017) rappresenta un passaggio fondamentale non solo per il settore della PA, ma anche per il rinnovo contrattuale del personale dipendente e convenzionato del Ssn.

Infatti, l’ultima legge di stabilità affida a questo DPCM l’aggiornamento dei criteri di determinazione degli oneri per i rinnovi contrattuali anche del personale del Ssn.

La legge di stabilità prevede infatti che “Ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell’aggiornamento dei criteri” di determinazione degli oneri per i rinnovi contrattuali “è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (...) una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato (...)”.

Ciò significa che, dall’entrata in vigore del DPCM, una quota del finanziamento del Ssn è vincolata alla copertura anche del rinnovo convenzionale.

L’articolo 2 del DPCM, inoltre, stabilisce l’ammontare degli oneri che corrispondono rispettivamente, per il triennio 2016-2018, allo 0,36%, all’1,09% e

all’1,45% del “monte salari” determinati sulla base dei dati del conto annuale 2015.

Tutte risorse dunque che ci troveremo a gestire, in aggiunta, sul tavolo di trattativa per il rinnovo dell’ACN per il quale diventa ora determinante un nuovo Atto di indirizzo che risponda, e corrisponda, alle esigenze organizzative del sistema e ai nuovi dispositivi normativi. In particolare: l’obiettivo primario della presa in carico integrata tra ospedale e territorio per l’assistenza ai pazienti cronici, previsto dal D.M. 70/2015 insieme a tutta una serie di nuovi indicatori, o il coinvolgimento dei medici di famiglia per la piena e uniforme applicazione del Piano Nazionale Vaccini 2017-2019, ruolo che passa necessariamente per la Convenzione, e non ultimo il D.Lgs di riforma del pubblico impiego che, riconoscendo ai contratti collettivi nazionali un valore derogatorio, ci permette di superare alcune rigidità del decreto “Balduzzi”.

I tempi e le condizioni sono cambiate ed è dunque necessario un atto di responsabilità della politica, non ritenendo di dover ricorrere a strumenti come lo stato di agitazione e lo sciopero per tematiche di interesse primario per il Paese e i pazienti.

Allarme Oms: “L'Italia rischia un'epidemia di morbillo”

1.010 CASI SEGNALATI DALL'INIZIO DELL'ANNO

ROMANIA E ITALIA SONO A RISCHIO EPIDEMIA di morbillo. L'allarme arriva dall'Oms che identifica nei due stati i maggiori focolai attuali della patologia. La Romania ha riportato oltre 3.400 casi e 17 morti dal gennaio 2016 a marzo 2017. La maggior parte dei casi si concentra nelle aree in cui la copertura vaccinale è particolarmente bassa. L'Italia, come si vede nei dati resi pubblici dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, ha registrato un forte aumento dei casi nei primi mesi del 2017: il numero totale dei casi segnalati nel 2016 (circa 850) è stato infatti già superato, registrando 1.010 casi dal 1° gennaio al 26 marzo 2017.

Secondo l'Oms per eliminare il morbillo serve una copertura vaccinale di almeno il 95%, ma nella Regione europea dell'Oms si è scesi ben al di sotto e a gennaio 2017 sono stati segnalati oltre 500 casi di morbillo. La malattia in questo modo continua a diffondersi, con la possibilità di causare epidemie. E questo anche se due terzi dei 53 paesi della regione hanno bloccato la trasmissione endemica, essa resta tale però in altri 14 paesi.

“Con il progresso costante fatto negli ultimi anni verso l'eliminazione della malattia, è preoccupante che in due anni si stia assistendo a una sua ripresa,” afferma **Zsuzsanna Jakab**, direttore regionale per l'Europa dell'Oms. “Esorto tutti i paesi endemici ad adottare misure urgenti per fermare la trasmissione del morbillo e tutti i paesi che hanno già raggiunto questo traguardo a mantenere alta la guardia e sostenere la copertura dell'immunizzazione. Insieme dobbiamo fare in modo che i progressi raggiunti finora non vadano perduti”, ha aggiunto Jakab. A gennaio 2017 sono stati segnalati 559 casi di morbillo nella regione europea.

Il target da raggiungere è la copertura vaccinale del 95% con 2 dosi di vaccino. Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità pubblicano un report, aggiornato settimana per settimana, sulla diffusione della malattia. E i dati sono preoccupanti: dai pochi casi del 2015 e del 2016, siamo arrivati quest'anno già oltre i mille.

Di questi, 474 casi sono stati segnalati in 7 dei 14 paesi endemici (Francia, Germania, Italia, Polonia, Romania, Svizzera e Ucraina). Le informazioni preliminari per febbraio indicano che il numero di nuove infezioni è nettamente in aumento. In tutti questi paesi l'Oms stima che la copertura nazionale di immunizzazione con la seconda dose di vaccino sia inferiore alla soglia del 95 per cento. Secondo l'Oms le autorità nazionali dovrebbero massimizzare i loro sforzi per raggiungere e/o mantenere una copertura di almeno il 95% con 2 dosi di vaccino per prevenire la circolazione in caso di importazione del virus dai Paesi dove questo è ancora endemico.

L'Ufficio Regionale per l'Europa sta lavorando a stretto contatto con le autorità sanitarie nazionali dei Paesi a rischio per pianificare e attuare misure di risposta adeguate che includono migliore sorveglianza e l'identificazione e immunizzazione delle persone a rischio elevato di infezione, di quelle particolarmente sensibili che possono venire a contatto con soggetti infetti e per coinvolgere le comunità e incoraggiare la vaccinazione. Adottando il piano d'azione europeo sul vaccino 2015-2020 per eliminare il morbillo e la rosolia si sono avuti progressi confermati a fine 2016:

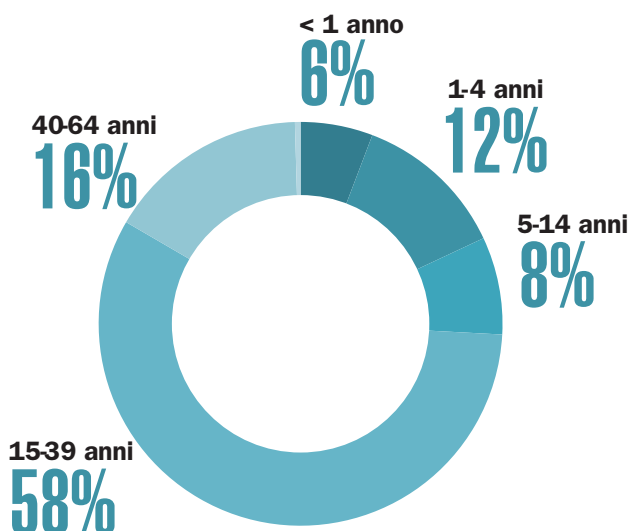
- 37 dei 53 paesi hanno interrotto la trasmissione endemica del morbillo;
- di questi, 24 hanno mantenuto l'immunità ininterrottamente per più di 36 mesi e quindi hanno eliminato la

- malattia;
- 14 paesi rimangono endemici;
- 2 paesi non hanno presentato gli aggiornamenti di stato annuali.

Gli esperti e i tecnici, sottolinea l'Oms, collaborano strettamente con i paesi europei, fornendo un supporto completo per rafforzare i programmi di vaccinazione, aumentare l'immunità della popolazione e la fiducia nei vaccini, sviluppare le capacità di sorveglianza delle malattie, e rispondere alle epidemie per raggiungere l'obiettivo della eliminazione del morbillo.



Casi per fascia di età (%)



Applicare il nuovo Piano Vaccini

Con un tweet del 29 marzo scorso, la ministra Beatrice Lorenzin ha richiamato tutto il mondo sanitario all'applicazione del Piano: "L'aumento dei casi di morbillo conferma l'allarme. Fondamentale e urgente l'applicazione del nuovo piano vaccini".

I dati sul morbillo in Italia

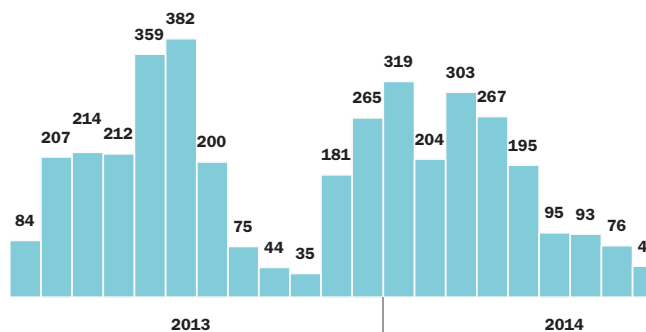
I dati pubblicati in queste pagine sono tratti dal bollettino settimanale n.2/2017 (4 aprile) sul morbillo in Italia, pubblicato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, che utilizza le rilevazioni del Sistema di Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia.



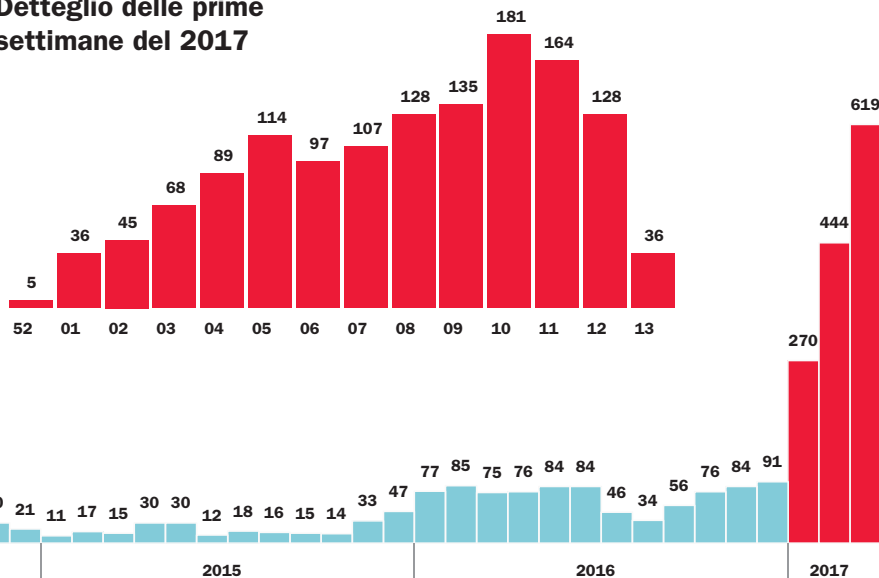
Casi per Regione



Numero casi segnalati, per mese, dall'inizio della Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia



Dettaglio delle prime settimane del 2017



EPATITE C: L'OBIETTIVO È L'ERADICAZIONE IN TRE ANNI

Una determina Aifa, presto in GazzettaUfficiale, allarga i criteri di somministrazione dei farmaci innovativi a tutti i pazienti.

Melazzini (Aifa):

“Da oggi in poi parleranno i fatti”

IL DIRETTORE GENERALE dell'Aifa, Mario Melazzini, aveva già anticipato il suo obiettivo nelle scorse settimane alle associazioni dei pazienti (v. *AM 1/2017*, p.8): un Piano di eradicazione della patologia da Hcv, reso possibile anche dalla trattativa in corso con le aziende per la riduzione del costo dei farmaci innovativi, per ottenere, come aveva sottolineato lo stesso Melazzini, “prezzo etico e responsabilità sociale”.

E ora il piano di eradicazione dell'Epatite C si veste di ufficialità. È pronta una determina di Aifa, varata a marzo, che ufficializza gli 11 nuovi criteri di trattamento, consentendo quindi a tutti i 240mila pazienti per i quali la terapia farmacologica è indicata e appropriata di ricevere le cure nei prossimi tre anni. Criteri definiti con le società scientifiche, che saranno implementati nei Registri di monitoraggio di Aifa al lavoro già da tempo per diventare pienamente operativi. Una svolta ufficiale quindi per i pazienti che potranno mettersi in lista per essere presi in carico dagli specialisti nei 226 centri prescrittori ed essere trattati con i farmaci di ultima generazione.

Ad annunciare le novità, di quella che è stata definita una “svolta epocale”, il DG Aifa Melazzini, che nel corso di una conferenza stampa ha rivolto un ringraziamento alla ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, che ha “fortemente voluto l'attuazione del piano di eradicazione della malattia con la strutturazione dei fondi per farmaci innovativi”, ai pazienti affetti da epatite e da comorbidità che si sono “messi totalmente a disposizione con gli specialisti” e a tutta la

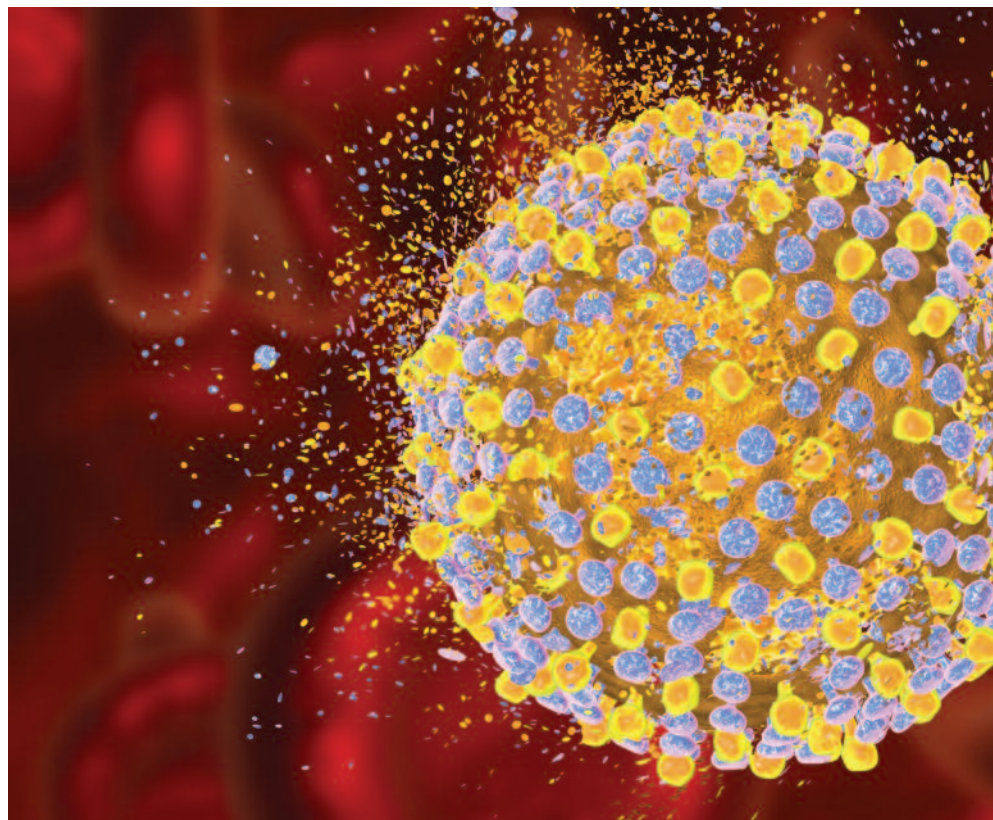


Criteri definiti con le società scientifiche, che saranno implementati nei Registri di monitoraggio di Aifa al lavoro già da tempo per diventare pienamente operativi

I nuovi criteri per la somministrazione di terapie anti Hcv

Di seguito gli 11 criteri previsti dall'Aifa, e già operativi, che consentiranno di estendere i trattamenti a tutti i pazienti Hcv positivi.

- 1** **Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.**
- 2** **Epatite ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.**
- 3: Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).**
- 4** **Epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishack).**
- 5** **In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.**
- 6** **Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.**
- 7** **Epatite cronica con fibrosi METAVIR F2 (o corrispondente Ishack) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index ≥ 30 kg/m²), emoglobinopatie e coagulopatie congenite].**
- 8** **Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F1 (o corrispondente Ishack) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index ≥ 30 kg/m²), emoglobinopatie e coagulopatie congenite].**
- 9** **Operatori sanitari infetti.**
- 10** **Epatite cronica o cirrosi epatica in paziente con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico.**
- 11** **Epatite cronica nel paziente in lista d'attesa per trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo.**



Fnomceo: “Pieno sostegno ad Aifa per l'eradicazione”

“Apprezzamento e pieno sostegno ad Aifa per i nuovi criteri di trattamento per l'Epatite C, elaborati nell'ambito del Piano di Eradicazione dell'infezione da HCV in Italia, che consentiranno finalmente di estendere l'uso dei nuovi farmaci a tutti i pazienti che ne abbiano l'indicazione clinica, e non solo ai casi più gravi, così come la FNOMCeO auspica da tempo”.

Così la presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Roberta Chersevani, ha commentato l'annuncio ufficiale degli 11 nuovi criteri, che consentiranno di trattare, secondo le stime dell'Aifa, 240mila pazienti in tre anni.

Trattative sul costo dei farmaci

Per quanto riguarda i negoziati con le aziende farmaceutiche per la determinazione del prezzo di acquisto a carico del Ssn, le trattative continuano ad andare avanti. “Tutte le Aziende, tranne una, hanno risposto in maniera positiva ai tre modelli che perseguiamo, ossia etica, responsabilità sociale e sostenibilità economica – ha detto Melazzini – le trattative quindi sono ancora aperte”.

Attualmente, i “super farmaci” disponibili per il trattamento dell'epatite C sono sei: tra questi i più noti Sovaldi e Harvoni. Ma anche Viekirax + Exviera, Olysio, Daklinza e Zepatier. E a breve saranno disponibili in commercio nuovi farmaci per il trattamento dell'Epatite C, caratterizzati da maggior efficacia e minore durata di terapia rispetto alle opzioni terapeutiche oggi disponibili. Attualmente è in corso presso l'Aifa la negoziazione per la rimborsabilità e la fissazione del prezzo del farmaco Epclusa (sofosbuvir/velpatasvir) per il trattamento di tutti i genotipi (azione pan-genotipica) del virus Hcv ed è attesa entro giugno 2017 l'autorizzazione con procedura accelerata da parte dell'Agenzia europea per i farmaci (Ema) di un'ulteriore specialità medicinale (glecaprevir/pibrentasvir) anch'essa ad azione pan-genotipica. Inoltre, numerose associazioni di principi attivi e nuove combinazioni sono in sperimentazione nei trial clinici al fine di ampliare il numero di opzioni terapeutiche, soprattutto per i sottogruppi di pazienti più difficili da trattare, di ridurre la durata della terapia e aumentare al maneggevolezza della cura.



“**Tutte le Aziende, tranne una, hanno risposto in maniera positiva ai tre modelli che perseguiamo, ossia etica, responsabilità sociale e sostenibilità economica**”

Mario Melazzini
Direttore Generale
dell'Aifa

Centri abilitati
alla prescrizione:
da **226**
a **273**

struttura Aifa che ha “contribuito e permesso di rispondere alle indicazioni elaborate”. Infine, un ringraziamento alle Regioni con le quali, ha ricordato Melazzini, è stato interamente condiviso tutto il percorso per arrivare a sconfiggere l'Epatite C.

“Concretizziamo un percorso e sanciamo i criteri di trattamento per curare tutti i pazienti italiani che saranno presi in carico nei Centri con le molecole a disposizione – ha spiegato Melazzini – in settimana sarà emanata una Determina in cui saranno allegati i nuovi criteri. Questo proprio perché *verba volant scripta manent*, nonostante non ce ne sarebbe bisogno in quanto tutte le tappe del percorso sono state condivise con le Regioni. Nei primi giorni di aprile i registri saranno aggiornati con i nuovi criteri e con la possibilità di ritrattamento per quei pazienti che hanno fallito la terapia. Da oggi in poi parleranno i fatti”. Periodicamente ha poi spiegato il Direttore di Aifa, saranno attuati degli aggiornamenti e monitorate le attività. Per questo ha invitato le associazioni dei pazienti a segnalare eventuali criticità con l'obiettivo di correggerle.

Nella lotta all'Epatite C viene anche previsto l'ampliamento dei Centri abilitati alla prescrizione: dagli attuali 226 si potrà arrivare a 273, in accordo con le Regioni, nel caso in cui si ritenesse necessario. E l'incremento dei trattamenti sarà facilitato dal fatto che, per curare forme meno gravi della patologia saranno disponibili cicli di trattamento più brevi (anche 8 settimane) rispetto a quelli utilizzati negli stadi più gravi.

Epatite C: in trattamento quasi 72mila pazienti

Il report dell'Aifa del 3 aprile 2017 sui casi trattati con i “vecchi” criteri di selezione registra 71.970 pazienti che hanno potuto beneficiare dei nuovi farmaci.

I criteri attuali di prioritizzazione al trattamento

- 1. Pazienti** con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi. Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 45.269.
- 2. Epatite** ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione. Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 1.932.
- 3. Epatite** cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B). Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 3.465.
- 4. Epatite** cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishack). Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 20.030.
- 5. In lista** per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi. Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 297.
- 6. Epatite** cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo con fibrosi METAVIR ≥2 (o corrispondente Ishack). Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 349.
- 7. Epatite** cronica con fibrosi METAVIR F0-F2 (o corrispondente Ishack) (solo per simeprevir). Pazienti trattati al 3 aprile 2017: 628.



INTERVISTA
A MARIA
ZAMPARELLA,
DONNA MEDICO
DI MG A BARI

LA MEDICINA GENERALE, UN RIPIEGO DI CUI MI SONO INNAMORATA



“Donna medico di Medicina Generale, moglie, mamma e gastroenterologo”. Maria Zamparella si presenta così, mescolando ruolo professionale e vita privata. E non è reticente neanche quando spiega che, almeno all’inizio, la MG è stata un “ripiego”: “Dopo la specializzazione in Gastroenterologia, per ragioni legate alla sfera familiare, ho deciso di essere mmg a Bari, per evitare di viaggiare e spostarmi da un ospedale all’altro con gli avvisi pubblici. Così sono diventata medico di Continuità Assistenziale, all’epoca di Guardia Medica, che da reperibile è diventato stabile, prima nella vicina città di Matera, visto sono di origine lucana, e poi a Bari”.

Intervista di
Eva Antoniotti

Dottoressa Zamparella, pensa ancora alla Medicina Generale come a un “ripiego”?

All’inizio lo è stato, ma conoscere colleghi, oggi carissimi amici, che lavorano nella grande famiglia Fimmg mi ha consentito di innamorarmi di questo lavoro, facendo scoccare in me quella scintilla e voglia di sapere, conoscere, aggiornarmi e formarmi su tutto quello che interessa la MG.

Svolgo la mia attività professionale di mmg a Bari da circa 20 anni, occupandomi dei miei pazienti con dedizione e cercando di approcciarli a loro dal punto di vista bio-psico-sociale, secondo il modello olistico dettato dalla definizione di MG del Wonca.

Ma non ho dimenticato la mia formazione: sono specialista in Malattie dell’Apparato Digerente e mi dedico anche ad essere gastroenterologo, partecipando a progetti di formazione locali, regionali e nazionali, inerenti alla Gastroenterologia e rivolti ai mmg.

È soddisfatta della sua scelta?

Direi proprio di sì. Occuparmi della formazione, “specificata, ECM e aziendale ASL”, dei mmg, impegnarmi nella ricerca, soprattutto clinica, in MG e nell’insegnamento della stessa, mi aiuta anche a superare quei momenti di difficoltà che a volte si creano nella pratica clinica quotidiana dell’ambulatorio.

Qual è l’aspetto negativo del suo lavoro?

Le difficoltà nel nostro lavoro di mmg sono dovute soprattutto al carico burocratico che spesso crea rapporti conflittuali con il paziente, con il quale è già molto difficile instaurare una comunicazione efficace tale da arrivare all’empowerment dello stesso paziente riguardo al proprio stato di salute.

Il frequente cambiamento di norme, regole, determine, delibere nazionali, regionali e di ASL, ti portano spesso a sentirti non un medico, ma un impiegato, facendo crescere la conflittualità con gli specialisti e talvolta anche con i pazienti. Mi spiego meglio: le sfide della medicina moderna sono quelle di prevenire le malattie, di guarirle quando si presentano, di prolungare significativamente la longevità e di migliorare la qualità della vita nelle malattie croniche e oncologiche; pertanto al mmg che lavora in Primary Care ed è il primo sanitario di contatto con il paziente deve essere consentito di svolgere la professione del medico, mentre spesso è investito solo da imposizioni di “regole”, soprattutto per il controllo della spesa farmaceutica.

C’è qualcosa che vorrebbe cambiare nella MG in Italia?

Il mmg deve essere coinvolto direttamente dal sistema di governance, per costruire sul territorio nazionale, regionale e territoriale percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali che gli consentano di occuparsi a 360° della salute del singolo cittadino, con quella presa in carico globale della salute di ogni suo assistito.

Il mmg può e deve svolgere un ruolo importantissimo, in quanto è la figura cen-



trale in grado di dare continuità alle scelte che l'evoluzione della malattia impone: deve essere coinvolto attivamente non solo nella formulazione di linee guida, nel percorso di prevenzione, screening e diagnostico-terapeutico del paziente, ma anche nella verifica costante e continua della loro applicazione sul territorio.

Occorre costruire una rete informatizzata del sistema sanitario, nazionale, regionale e di ASL, che porti alla reale ed effettiva integrazione ospedale-territorio ed al miglioramento della qualità dell'assistenza. Di integrazione ospedale-territorio si parla da oltre un decennio, ma in realtà pochi sono i luoghi dove il percorso di integrazione è davvero iniziato.

Valorizzare la professione di tutti i medici specialisti (ospedalieri, territoriali e universitari) e dei mmg è possibile, lavorare insieme per un obiettivo comune, produce salute.

È possibile passare dalla vecchia logica, in cui i mmg "presidiano" il territorio, ad una nuova logica che preveda la "contaminazione" tra i professionisti dove le criticità si affrontano sul terreno del confronto, riconoscendo e valorizzando tutte le professionalità, compresa l'assistenza infermieristica e le altre figure sanitarie. **Mi pare che abbia una precisa idea di cambiamento...**

Se potessi stravolgere il SSN, cambierei l'organizzazione strutturale della Primary Care dove mmg e medici di CA possano operare in un Ruolo Unico della Medicina Generale, con la possibilità di offrire più servizi ai propri pazienti in una organizzazione che investa tutte le Regioni dell'Italia, per evitare di avere 21 diverse sanità.

In Primary Care dovremmo poter svolgere indagini di I livello in convenzione (es. ECG, Ecografie, esami ematochimici e radiologici con consulenze specialistiche e, perché no, erogare anche farmaci come avviene nella vicina Svizzera); avere ambulatori dedicati alla prevenzione e concentrati sull'educazione al miglioramento degli Stili di vita che sappiamo essere fondamentali nel prevenire patologie cardiometaboliche ed oncologiche; gestire sul territorio con PDTA condivisi le patologie croniche (es. BPCO, Diabete, Ipertensione e cardiopatie).

Cambierei anche le norme e i percorsi formativi del medico, con l'inserimento dell'insegnamento della MG già a partire dal 2° anno del percorso formativo uni-



“
Il futuro mmg non deve considerare la ricerca in MG una attività aggiuntiva, parallela al lavoro o da affidare ad altri, ma, deve invece, considerarla come parte integrante della quotidiana pratica clinica

versitario e con la possibilità di frequenza delle attività di Primary Care nei vari anni. Inoltre, credo sia necessario equiparare il corso di specializzazione in Medicina Generale ai corsi universitari di specializzazione sia nell'erogazione della borsa che nel titolo della specializzazione, con gestione dello stesso da parte dei mmg come avviene attualmente nel CFSGM.

Lei è iscritta alla Fimmg. Perché?

Mi sono iscritta alla Fimmg quando ero medico della CA: sono stata avvicinata da amici più grandi di età, che mi hanno presentato il sindacato come fonte di crescita professionale e anche di protezione nel lavoro "pericoloso" della CA, dovuto spesso alle sedi non idonee e non sicure. Dopo aver conosciuto la famiglia Fimmg, ho preferito continuarne a farne parte anche quando ho iniziato a svolgere il lavoro di mmg.

Oggi sono tra i dirigenti della Fimmg Bari, componente dell'esecutivo e del direttivo, componente degli uffici distrettuali del DSS unico di Bari e del CTS ASL Bari per la formazione dei mmg.

Cosa direbbe a chi volesse entrare nel mondo della MG?

Il mmg deve fronteggiare alcune rilevanti difficoltà, fra le quali le mutazioni del quadro demografico, la necessità di un aggiornamento sempre più rapido legato al progresso delle conoscenze tecnico-scientifiche e alla disponibilità di un numero crescente di farmaci innovativi, il

sempre maggiore carico di lavoro amministrativo/burocratico, che tende pericolosamente a sottrarre tempo alla cura del paziente. Sono obiettivi difficili da raggiungere, che bisogna coniugare con la relazione medico-paziente, l'approccio bio-psico-sociale, la presa in carico globale della salute di ogni singolo cittadino, indicate già da anni dal WONCA come sfida per il futuro dei medici di famiglia.

Sembra davvero una sfida enorme, ma in definitiva, direi semplicemente di scegliere di essere mmg e di "innamorarsi" della medicina di famiglia.

Con un'attenzione: il futuro mmg non deve considerare la ricerca in MG una attività aggiuntiva, parallela al lavoro o da affidare ad altri, ma, deve invece, considerarla come parte integrante della quotidiana pratica clinica, poiché per i mmg, la sperimentazione è la pietra miliare d'ogni atto prescrittivo consapevole, sia esso diagnostico che terapeutico; una prescrizione, è, infatti, già di per sé l'inizio di un "esperimento individuale". La ricerca soddisfa i bisogni professionali e, in tal senso, fornisce motivazioni: la ricerca è formazione.

In estrema sintesi, dottoressa Zamparella, è contenta di essere un medico di MG?

Sono soddisfatta di essere mmg, di essere nata nella provincia della culla della cultura Europea ma, soprattutto, di essere mamma di Mattia.

CHRONICAL CARE MODE

ADATTARSI O INNOVARE?

Riflessioni sul futuro della Medicina Generale

Da tempo diverse Regioni hanno cominciato a riprogettare i loro sistemi sanitari nella certezza che il *chronical care mode* sia un mantra che, recitato ossessivamente, porterà alla risoluzione di tutti i problemi della sanità, siano essi economici o organizzativi

Fabio Bono
Angelo Campanini

I modelli gestionali regionali

Pochi mesi or sono è stato licenziato il Piano nazionale della Cronicità che fornisce alle Regioni la base su cui costruire i propri modelli gestionali, in funzione dei diversi orientamenti politico/filosofici. Comunque sia, nelle diverse declinazioni regionali, la Medicina Generale, centrale come sempre a parole, si trova, nella realtà, marginalizzata. È sufficiente osservare due Regioni formalmente diverse, come impostazione nel gestire la sanità, quali la Lombardia e l'Emilia Romagna, per notare che i due modelli, Creg e Case della Salute, sebbene in modi diversi, tendano ad espropriare da una parte la Medicina Generale del rapporto fiduciario con il cittadino portatore di cronicità ed dall'altra ad espropriare il cittadino di un professionista, terzo rispetto al sistema, al quale rivolgersi e con cui condividere le scelte inerenti la propria salute.

Accennavamo ai due modelli, quello Lombardo e quello Emiliano, tra loro distanti, ma entrambi con lo stesso obiettivo: appaltare la gestione della cronicità, e non solo, a strutture organizzative spersonalizzate, secondo programmi i cui obiettivi primari, la standardizzazione ed il controllo della spesa, seppur corretti nella sostanza, sono calati dall'alto e vengono somministrati e resi accettabili attraverso il concetto di equità di accesso alle cure, senza un vero contraddittorio, dal momento che questo non può essere concesso a chi eserciti la professione come dipendente del Sistema Sanitario o a chi abbia un contratto di fornitura di servizi.

La libertà della Medicina Generale

Diverso è il modo di agire della Medicina Generale, che, sebbene attenta alla sostenibilità anche economica del sistema, ha sensibilità e professionalità capaci di intercettare i bisogni del cittadino, di soddisfarli al meglio ottimizzando l'uso dei servizi, quando disponibili, ma anche, ove necessario, vicariando carenze del sistema grazie alle capacità modulari e multitasking proprie della preparazione professionale dei me-

dici di Medicina Generale. Probabilmente uno dei contributi più importanti che la MG può offrire al Sistema Sanitario è la sua libertà di pensiero, la sua conoscenza del territorio, nei suoi punti di forza e nelle sue debolezze, spesso non percepite da chi non le vive sul campo e non espresse adeguatamente dalle analisi dei freddi dati di consumo delle risorse. Seppur comprensibile, la necessità politica di avere un controllo puntuale sulla organizzazione territoriale stride con il concetto di "libera scelta" del cittadino che, nella maggior parte dei casi, può esercitarla solo nei confronti del medico di famiglia, garante delle sue scelte e contestualmente interprete dei mandati delle istituzioni.

Il Piano Nazionale della Cronicità è un contesto importante in cui la Medicina Generale deve agire per affermare il suo ruolo di attore principale delle Cure Primarie e di garante per il cittadino. Questa presa di coscienza dei problemi della gestione della cronicità, anche se nata dalla valutazione dei costi a bilancio del Servizio Sanitario, non può che farci piacere. Crediamo tuttavia sia doveroso ricordare a tutti come gli aspetti divenuti "di moda" della gestione della cronicità, siano da sempre noti e da sempre gestiti dalla Medicina Generale, all'onore del mondo, empowerment del paziente, dei familiari e reti sociali comprese.

Riflettere sulla cronicità

Allo stesso modo è noto a coloro che operano nel settore sanitario che la cronicità è un evento connesso alla vita, sul quale forse possiamo agire per ritardarne l'insorgenza, ma che le variabili scientifiche, economiche, temporali sono tali e tante per cui non abbiamo certezze di risultato.

Sicuramente possiamo migliorare la diagnosi precoce delle patologie che possono evolvere verso la cronicità e la gestione della loro evoluzione una volta instauratesi senza tuttavia dimenticare che il pericolo della medicalizzazione della vita esiste e non è detto che ridurre i cittadini a categorie di rischio,

a coorti da controllare e sollecitare sistematicamente, sia il modo migliore di vivere in libertà la propria esistenza. Sarà tuttavia importante vigilare sui numeri che, come sempre, possono essere elaborati in modo diverso a seconda delle teorie che si vogliono dimostrare.

I numeri che negli ultimi anni vengono riportati sulla cronicità sono spesso enormi e dovremo analizzarli per meglio capirli, così come dovremo capire dove inizia la cronicità e dove finisce il fisiologico passare del tempo.

Spesso più cronicità insistono su un singolo paziente e l'integrazione tra i vari percorsi della cronicità sarà fondamentale sia per l'appropriatezza nell'uso delle risorse che per garantire una adeguata qualità della vita al cittadino.

In questo momento di grandi cambiamenti si sta cercando di sottrarre alla MG ruoli da sempre suoi propri, peculiarmente clinici, mentre di contro le viene spesso chiesto di agire di nuovi, per intercettare il disagio sociale e vicariare carenze di altri servizi.

Anche questo può far parte, occasionalmente, dei ruoli e dei compiti della Medicina Generale, ma non può essere la declinazione principale della sua professionalità, che ha da decenni una definizione consolidata e che riteniamo non possa essere adeguatamente vicariata da altre figure professionali.

Cosa vogliamo che sia la Medicina Generale?

È probabilmente questo il vero problema che dobbiamo affrontare come Medicina Generale: riflettere su cosa siamo e decidere cosa vogliamo per il nostro futuro.

Al riguardo esistono due "scuole di pensiero".

La prima ritiene che la cosa migliore sia mantenere la posizione attuale in attesa della pensione. Sicuramente potrebbe essere una politica interessante, che minimizza i rischi del cambiamento, ma che contestualmente si preclude le sue opportunità ed ha inoltre alcune "controindicazioni". La "gobba previdenziale" raggiungerà il suo massimo nel 2021 e ciò vuol dire che per molti di noi vi sono ancora diversi anni prima di poter andare in pensione, auspicabilmente senza riduzioni economiche.

In un'epoca in cui i cambiamenti si susseguono con grande rapidità, in questo lasso di tempo prima della pensione, anche la nostra professione potrebbe subire dei cambiamenti. Sarà necessario essere protagonisti dei cambiamenti, di qualunque cambiamento, per presidiare il nostro monte salariale affinché non venga impoverito a favore di altri soggetti professionali. La riduzione della massa salariale si riverbererebbe sui versamenti pensionistici con le inevitabili possibili conseguenze. La seconda scuola di pensiero è quella del "fare" per riportare la Medicina Generale al centro del "sistema territorio", indipendentemente da come le Regioni articolino ogni singolo progetto in funzione delle Piano nazionale della Cronicità, per lasciare ai colleghi che ci seguiranno strumenti adeguati alle sfide dei prossimi anni.

AFT ed UCCP devono divenire i nostri strumenti, funzionale il primo, funzionale-operativo il secondo. Quest'ultimo, in modello Hub and Spoke, potrebbe ampliare la nostra capacità di presa in carico della cronicità, ma più genericamente dei bisogni dell'utenza, consentendoci, qualunque sia il modello gestionale della Regione di appartenenza, di essere competitivi nell'offerta, tanto nei confronti di altri fornitori di servizi quanto di altre figure professionali. La messa in rete delle competenze professionali dei singoli medici appartenenti alle aggregazioni territoriali consentirà,

come è già avvenuto in nord Europa e come suggerito dal più volte citato Piano nazionale della Cronicità, di passare dal classico modello che rappresenta la MG come un parallelepipedo orizzontale (conoscenza diffusa ma non approfondita) contrapposto a quella specialistica (conoscenza settoriale ma approfondita) ad un modello dove la Medicina Generale, pur mantenendo la struttura orizzontale, sfrutta le competenze specifiche dei singoli professionisti su ambiti definiti, con l'eventuale ausilio di tecnologia diagnostica, per dare risposte puntuali alle domande di salute dei cittadini, migliorare l'uso delle risorse e rendere più appropriata l'attività della specialistica, con riduzione delle visite di controllo e delle liste d'attesa.

L'importanza di "fare squadra"

Il mondo attorno a noi si muove e prende tutti i giorni decisioni che stanno cambiando il nostro modo lavorare e la nostra professione. Non possiamo pensare di vivere in una bolla ferma nel tempo senza cercare di incidere su come sarà una sanità che ora ci vede attori, ma della quale, in un domani per molti di noi prossimo, saremo, inevitabilmente, fruitori.

I cambiamenti sono difficili e costosi, sotto molti punti di vista, a tutte le età e lo sono a maggior ragione nell'età "matura" ma dobbiamo continuare a reagire, ad adattarci, ad imparare. Dobbiamo continuare a progettare ed a costruire. Dobbiamo incrementare il lavoro di squadra o imparare, finalmente,



La Formazione Specifica e la futura Medicina Generale

Le riflessioni sull'inerzia o sull'innovazione nella Medicina Generale, ci portano anche ad alcune considerazioni sulla Formazione Specifica in Medicina Generale.

Negli ultimi due anni, tanto sulla stampa specializzata quanto su quella quotidiana, sono comparsi diversi interventi di addetti ai lavori che prefigurano un radicale riordino della Formazione in un mutato alveo: quello Universitario. Disputa antica questa, se l'Università, che solo in pochi fortunati esperimenti, in Atenei che si possono contare sulle dita delle mani, ha inserito il tema della Medicina Generale ed i suoi contenuti disciplinari nel Corso di Laurea, debba appropriarsi del Corso, che potrebbe diventare così una

"specializzazione" o se lo status quo debba continuare ad esistere, evolvendo di pari passo con la dinamica realtà delle Cure Primarie immaginandone scenari futuri. Riteniamo troppo futuribile il disegno universitario per indulgere in un atteggiamento attendista, mentre ci sembra opportuno impegnarci per realizzare cambiamenti negli orientamenti didattici della attuale Formazione Specifica. Pure in questo campo delicato, strategico per il futuro della professione e della sua rilevanza nello scenario del Servizio Sanitario, è opportuno chiederci se si debba sopravvivere in attesa degli eventi, che subiremmo, o si possa pensare se non di innovare, almeno di indirizzare diversamente una parte del curriculum dei nostri giovani colleghi. Crediamo di essere autorizzati, per l'esperienza più che decennale maturata, a sostenere la linea della crescente, indilazionabile importanza di



a lavorare in squadra. Per farlo, per lavorare assieme, non occorre essere amici, anche se aiuta, ma bisogna essere professionisti, darsi degli obiettivi di qualità, condividere modalità organizzative ed operative nonché comportamenti professionali. Lavorare assieme (non necessariamente nello stesso luogo fisico) consente un miglioramento professionale, dato dalla contaminazione dei saperi, migliora il prodotto offerto e la continuità della cura. Lavorare assieme è anche una tutela nei confronti di momenti avversi, che nella vita possono accadere, e garantisce una maggior stabilità professionale e adattabilità rispetto ai cambiamenti del sistema.

Una ultima riflessione crediamo vada fatta sui dimensionamenti sia delle AFT che delle UCCP. C'è chi, ispirandosi ad altri sistemi, le immagina grandi, chi invece piccole. Nell'interesse degli utenti e della Medicina Generale crediamo debbano essere di dimensioni contenute, in grado di adattarsi rapidamente ai cambiamenti strutturali del sistema e alle richieste di presa in cura degli utenti. Riteniamo accettabile e pensabile che le dimensioni maggiori delle UCCP-AFT debbano essere ponderate per consentire una reale interazione tra i mmg che ne facciano parte e gli specialisti di riferimento,



per primi ma non solo, credendo che altre figure professionali ne debbano fare parte. Una équipe infatti diventa tanto più performante quanto più i rapporti di conoscenza tra i vari attori si strutturano e divengono rapporti di fiducia e di stima. Grandi dimensioni delle AFT/UCCP rendono difficile adeguare il servizio al territorio e contestualmente ne diminuiscono la capacità di lettura delle necessità.

Grandi dimensioni rendono più difficile condividere comportamenti comuni e di conseguenza riducono la capacità di indirizzo. In un contesto di questo genere è evidente che a fronte di regole e mandati condivisi il coordinamento delle attività di queste strutture debba essere a carico della Medicina Generale, in considerazione della sua posizione e ruolo, eventualmente con il supporto di società/cooperative di servizio. Tutto da costruire il nesso tra AFT ed UCCP, ma quanto più questo sarà saldo, tanto più saranno tutelati anche i colleghi che lavorano in studi singoli, in un sistema futuro della gestione della cronicità che, in modo più o meno palese, tenta di sottrarre fasce di popolazione e aree di competenza alla Medicina Generale.

una più accurata ed approfondita formazione nella tecnologia diagnostica. Crediamo di essere autorizzati, visti i contenuti programmatici della legge 158 (Decreto Balduzzi) e la recente fioritura e presentazione dei diversi "Modelli per la assistenza alle malattie croniche". Le varie Scuole dovrebbero avere il coraggio di integrare ed allargare il modello consolidato bio-psico-sociale della Medicina Generale, così come lo abbiamo costruito, esercitato e declinato, anche in termini epistemologici in questi decenni e prendere in considerazione non l'opportunità, ma la necessità vitale di fornire capacità gestionali ed interpretative di strumentazione diagnostica che aprirebbero vitali gradi di autonomia per i futuri Medici di Medicina Generale e consentirebbero alle Cure Primarie di occuparsi realmente (non solo "to care" ma anche "to cure") delle malattie croniche con responsabilità centrale al e per il Sistema Sanitario. Per fare questo non c'è necessità di alcun nuovo strumento di indirizzo o legislativo; sarebbe indispensabile però una revisione o la tanto attesa promulgazione di quelli che chiameremmo, forse impropriamente, i regolamenti attuativi della legge 368 ed in particolare dell'articolo 26 della medesima. Proprio questo articolo apre dei margini di manovra ampi, se si vuole innovare, dal momento che le sole indicazioni che possiamo trovare, nei suoi diversi commi dedicati a tutti gli ambiti di Formazione dei Tirocinanti

del Corso, sono solo quelle di "attività clinica guidata". All'interno di questa generica indicazione possiamo, noi diremmo dobbiamo, concretizzare percorsi formativi, tanto rivolti alle competenze cognitive quanto a quelle pratico-applicative; se vogliamo rifarci ad una terminologia un po' obsoleta al "sapere ed al saper fare".

Lo sforzo maggiore dovrebbe essere duplice. Da un lato prevedere seminari di didattica mista, teorico pratica, dedicati alle tecnologie diagnostiche, oggi disponibili a costi contenuti sul mercato. Dall'altro, compito più delicato e difficile, quantificare come acquisire le competenze pratiche nei diversi ambiti clinici fino a dettagliare la tipologia ed il numero di test diagnostici da eseguire per essere in grado di padroneggiare a livello di base le suddette tecnologie, con l'obiettivo di differenziare quadri di normalità da quadri di patologia. Quest'ultimo compito dovrebbe essere perseguito anche tramite una stretta collaborazione con i responsabili dell'Attività Pratica delle diverse Scuole ed in particolare con i tutor ospedalieri, universitari e specialisti territoriali. Potrebbero essere quantificati, ad esempio, i numeri di esami oftalmoscopici, otoscopici, spirometrici, elettrocardiografici, ecografici ecc.. eseguibili durante i tirocini presso le strutture ospedaliere e/o ambulatoriali. La finalità non sarebbe quella di creare una generazione di Medici di Medicina Generale tuttologi, ma di favorire il raggiungimento di specifiche e

particolari competenze in ambiti scelti dai singoli professionisti: professionisti medici di Medicina Generale esperti. Le Cure Primarie potrebbero e dovrebbero realizzare un network di competenze da integrare al loro interno, nelle AFT, nelle UCCP, nelle Case della Salute, integrazione di saperi diversamente approfonditi, ma sulla base di un sapere comune ed identitario. È questo modello di Medicina Generale che dovremmo proporre ai Medici in Formazione, un modello nel quale sarebbero in grado di esercitare la leadership nell'assistenza territoriale. Non bisogna infatti dimenticare che, senza voler prospettare l'incremento prevedibile degli ambiti di competenza delle altre figure professionali sanitarie che si sono sviluppate negli ultimi anni, la sanità nel suo insieme può essere rappresentata come una torta. Le fette sono le aree cliniche e di specialità nelle quali operano il secondo e il terzo livello di assistenza e di cura, il cui taglio è simile a quello di una torta nuziale: il centro della torta, con un diametro maggiore o minore, è l'area di competenza e di attività della Medicina Generale. Quante più competenze e conoscenze specifiche si potranno acquisire, maggiori e più ampie saranno le aree di attività e di operatività della Medicina Generale nei diversi settori specialistici. Starà a noi ritagliarci, aumentandone il diametro, la porzione centrale della "torta nuziale" della sanità del futuro in Italia.

“
Le Cure Primarie potrebbero e dovrebbero realizzare un network di competenze da integrare al loro interno, nelle AFT, nelle UCCP, nelle Case della Salute, integrazione di saperi diversamente approfonditi, ma sulla base di un sapere comune ed identitario

UNO STUDIO IN MEDICINA GENERALE SUI RISCHI DELLA MALNUTRIZIONE NEGLI ANZIANI

Definire la validità del *Self Mini Nutritional Assessment* (MNA-auto gestito) per una valutazione del rischio nutrizionale. Uno Studio “cross sectional”, condotto nel contesto della Medicina Generale e pubblicato su *Journal of Nutrition and Health Ageing*



Walter Marrocco
Responsabile
Scientifico Fimmg

Con la collaborazione di: Daniela Livadiotti, Giuseppe Nicodemo Bombardiere, Francesco Filippo Morbiato, Maurizio Pirro, Italo Guido Ricagni, Vito Albano, Lucia Auriemma, Pietro Scalaria
Componenti Direttivo
Simpesv

La malnutrizione è un importante fattore di rischio per il determinismo di molte condizioni patologiche, oltre ad essere comune negli anziani, in particolare in quelli ospedalizzati o ricoverati nelle case di cura. I dati provenienti dalla letteratura indicano che, anche tra gli anziani che vivono al proprio domicilio, la prevalenza non è trascurabile ed è pari a circa il 5-10%. La consapevolezza verso la malnutrizione, tra la popolazione in generale così come tra i professionisti sanitari, è ancora limitata, sebbene diversi strumenti per la valutazione del rischio di malnutrizione siano stati messi a punto. Tra questi il Mini Nutritional Assessment (<http://www.mna-elderly.com/>) è quello che gode di maggior fiducia nel mondo scientifico.

Self Mini Nutritional Assessment: uno strumento di valutazione

Poiché una delle possibili spiegazioni per il limitato riconoscimento di uno stato di malnutrizione potrebbe essere la mancanza di tempo per la valutazione nutrizionale da parte del personale sanitario, tra cui i medici di Medicina Generale, troppo impegnato in varie attività, potrebbe essere molto utile avere a

Malnutrizione

La definizione più recente di malnutrizione è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1987: “uno stato di equilibrio, a livello cellulare, fra il rifornimento di nutrienti e di energia – troppo scarso o eccessivo – e il fabbisogno del corpo per assicurare il mantenimento, le funzioni, la crescita e la riproduzione”. Il termine comprende perciò sia i danni da deficienza alimentare (malnutrizione per difetto), sia quelli da alimentazione eccedente (malnutrizione per eccesso).

disposizione uno strumento di auto-somministrazione che, quantomeno alzi l'allerta del medico di MG e consenta una diagnosi precoce di malnutrizione, o almeno una evidenziazione del rischio, che allo stesso modo favorisca una presa in carico precoce del problema.

A tal fine la Simpesv, in collaborazione con l'Unità di Ricerca di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Umana dell'Università degli Studi di Roma La Sapienza, diretta dal professor Lorenzo Maria Donini, ha realizzato uno studio al fine di analizzare la validità del Self-MNA che prende spunto dal Mini Nutritional Assessment (MNA) in versione ridotta, compilabile con modalità autogestita da soggetti anziani non sottoposti ad alcun regime di ricovero. Particolare non indifferente è stato quello di realiz-

zare lo studio come parte delle attività di uno dei numerosi Corsi di Formazione che la Simpesv realizza nel programma più generale di Fimmg/Metis, rivolti ai medici di MG. Nello specifico, lo studio è stato realizzato durante il *Corso di 2° livello per l'organizzazione e la gestione di un Ambulatorio degli Stili di Vita*, strutturato in tre weekend nel 2016. Allo studio hanno aderito 24 mmg, che hanno provveduto a effettuare una valutazione nutrizionale, tra i propri pazienti, tramite la somministrazione del MNA, nelle due versioni completa e ridotta, unitamente alla versione autogestita da parte dei pazienti. Ai medici è stato chiesto anche di valutare il livello di comorbidità dei pazienti in base alla scala di valutazione cumulativa delle malattie (CIRS). A entrambi, medici e

Caratteristiche cliniche, funzionali e nutrizionali nella popolazione studiata

101 Maschi 125 Femmine

Età	Anni	75.3±8	75.1±8
	> 75 years (%)	47	43.5
IMC	kg/m ²	26.6±4	26.3±5
Indice di Massa Corporea	< 18.5 kg/m ² (%)	0	0.9
	18.5-24.9 kg/m ² (%)	37.6	45.2
	25-29.9 kg/m ² (%)	45.5	37.1
	≥ 30 kg/m ² (%)	16.8	16.9
CIRS scala di Valutazione cumulativa delle malattie	Indice di comorbidità	1.9±1.8	1.68±1.8
	Indice di alta comorbidità (>4) (%)	8.8	8.9
	Indice di severità	1.54±0.4	1.42±0.4
MNA test-completo	Indice di alta severità (> 1.5) (%)	49	35.8
	Punteggio	24.7±4	23.9±4
	Malnutrizione (punteggio < 17) (%)	3.5	8.4
	Pazienti a rischio di malnutrizione (punteggio 17-23.5) (%)	31.4	32.7
MNA- test – versione breve	Stato normale di nutrizione (punteggio ≥ 24) (%)	65.1	58.9
	Punteggio	12.2±2	11.6±3
	Malnutrizione (punteggio 0-7) (%)	4.9	11.3
	Pazienti a rischio di malnutrizione (punteggio 8-11) (%)	25.5	22.6
MNA -autogestito	Stato normale di nutrizione (punteggio ≥ 12) (%)	69.6	66.1
	Punteggio	11.9±2	11.4±3
	Malnutrizione (punteggio 0-7) (%)	8.2	9.2
	Pazienti a rischio di malnutrizione (punteggio 8-11) (%)	21.4	33
	Stato normale di nutrizione (punteggio ≥ 12) (%)	70.4	57.8

pazienti, è stato infine chiesto, separatamente, di definire il livello di difficoltà incontrato dai pazienti e il tempo che è stato necessario per completare l'auto-MNA.

I risultati dello studio, pubblicati dalla prestigiosa rivista *Journal of Nutrition and Health Ageing*, sono stati molto interessanti nell'evidenziare come il tema della malnutrizione sia rilevante tra la popolazione, ma ancora sotto considerato, e come il mmg possa giocare un ruolo importante nell'affrontare problemi di popolazione come questo, quando vengono messi in campo strumenti gestibili nel *setting* della MG.

I risultati dello studio

Un totale di 226 soggetti, 125 donne e 101 uomini (di età rispettivamente pari a 75,1 ± 8 e 75,3 ± 8 anni) sono stati arruolati, e 214 (94,7%) di essi hanno completato il MNA-autogestito. I risultati di questo test sono poi stati messi in comparazione con le versioni sia ridotta che completa del MNA, compilata dal MMG in presenza del paziente.

Secondo il MNA completo, il punteggio del test è stato: l'8,4% delle femmine e il 3,5% dei maschi sono stati classificati come malnutriti, mentre il 32,7% delle

donne e il 31,4% degli uomini erano a rischio di malnutrizione. La versione dell'MNA autogestito dal paziente ha mostrato un valore predittivo equo rispetto alle altre due versioni: MNA-completo e MNA-breve (76,6 e 79,9%, rispettivamente).

Il tempo richiesto dai pazienti per completare il test è stato mediamente di 6.68 ± 4,5 minuti, mentre solo a 25 soggetti (11,7%) sono stati necessari più di 10 minuti, fino ad un massimo di 30 minuti. I pazienti che hanno dichiarato una difficoltà maggiore avevano un'età più avanzata (79.8 ± 7 vs 73,5 ± 7 anni; p < 0.001), più frequentemente erano "malnutriti" su Full-MNA (10,7 vs 1,7%; p=0.006) e uno stato clinico caratterizzato da un più elevato indice di gravità (1,72 ± 0,6 vs 1,41 ± 0,4).

Conclusioni

Nello studio realizzato da Simpesv abbiamo verificato la validità del Self-MNA in un campione di soggetti anziani a "vita libera". I risultati ottenuti confermano la validità del test che può rappresentare un utile strumento per il mmg, anche se devono essere considerate alcune limitazioni del test stesso.

Chi ha partecipato allo studio

Validity of the self-mini nutritional assessment (self-MNA) for the evaluation of nutritional risk.

A cross-sectional study conducted in General Practice

Lorenzo Maria Donini¹, Walter Marrocco², Chiara Marocco¹, Andrea Lenzi¹

Gruppo di Ricerca Simpesv:

Vito Albano, Lucia Auriemma, Giuseppe Bariletto, Francesco Bellani, Giuseppe Nicodemo Bombardiere, Carla Bruscellini, Maria Grazia Rita Cadeddu, Barbara Cogorno, Rosario Salvatore Di Modica, Fernando Gori, Daniela Livadiotti, Giulia Marini, Matteo Marolla, Serafina Mastroianni, Maria Felicia Mocerino, Antonella Monaco, Francesco Filippo Morbiato, Sauro Omenetti, Tiziana Panzera, Elisabetta Pelini, Sara Petrucci, Maurizio Pirro, Italo Guido Ricagni, Franco Roscilli, Pietro Scalera, Guido Alberto Siviero, Francesco Vaccaro.

1. Department of Experimental Medicine - Medical Pathophysiology, Food Science and Endocrinology Section, Sapienza University of Rome, Rome, Italy

2. Simpesv

Come determinare chi è a rischio d'infarto

I RICERCATORI dell'Heart Intermountain Medical Center (HIMC) di Salt Lake City sarebbero in grado di stabilire preventivamente i soggetti a rischio d'infarto. Gli studi precedenti deponevano per un maggior rischio di eventi cardiaci acuti dovuti alla placca aterosclerotica "molle": "Sulla base della nostra nuova ricerca" - dice Brent Muhlestein, direttore dell'HIMC - "i soggetti con placca calcificata sembrano più a rischio di eventi avversi cardiovascolari". Gli scienziati hanno analizzato la composizione della placca aterosclerotica di 224 pazienti con diabete, ma senza apparente patologia cardiaca. I soggetti sono stati seguiti per 7 anni per valutare se il tipo di composizione della placca era predittivo per un evento cardiaco. Attraverso TC coronarica, la composizione della placca coronarica veniva suddivisa in "morbida", calcificata e fibrosa e confrontata con il futuro rischio di angina instabile, infarto o morte. Diversamente dalle attese, la placca calcificata era predittiva per eventi coronarici avversi maggiori, non così per la placca "morbida". Per Muhlestein sono necessari ulteriori studi per verificare i risultati, ma i risultati della ricerca possono rappresentare un potenziale cambiamento di paradigma. Anche se è difficile eliminare un accumulo di calcio coronarico, i medici possono trattare con successo il paziente in modo aggressivo



con le statine. Il calcio coronarico è indicatore di malattia, non è indicatore di rischio, ma è sicuramente un predittore molto importante. Secondo Muhlestein, avere un punteggio zero di calcio coronarico è come avere una garanzia di cinque anni contro l'infarto, anche con alti livelli di colesterolo LDL. In questi casi, una delle conseguenze potrebbe essere anche di evitare la terapia con statine anche con colesterolo alto.

Heart Intermountain Medical Center, Salt Lake City. March 2017.

“
Il calcio coronarico è indicatore di malattia, non è indicatore di rischio, ma è sicuramente un predittore molto importante

Medicina tradizionale cinese nei bambini con paralisi cerebrale

La medicina tradizionale cinese (MTC) è stata utilizzata per il trattamento di pazienti con paralisi cerebrale (CP). Sono stati arruolati 11.218 soggetti di età uguale o inferiore ai 18 anni di età con CP provenienti dal database del Taiwan National Health Insurance Research dal 1995 al 2011. I pazienti sono stati classificati come utenti della MTC (n = 6.997; 62,37%) e non utenti della MTC (n = 4.221; 37,63%). I bambini con più alta percentuale d'uso della MTC erano maschi, giovani, e vivevano in aree urbanizzate. La maggior parte degli utenti della MTC (n = 5332, 76,2%) è stata visitata negli ambulatori, dove si pratica la MTC, più di 20 volte l'anno. In entrambi i gruppi, i tre motivi più comuni per le visite cliniche erano disturbi del sistema nervoso, sistema respiratorio e digerente. L'agopuntura è stata comunemente usata nei traumi, nelle affezioni del sistema muscolo-scheletrico, del tessuto connettivo e del sistema nervoso, mentre l'erboristeria cinese è stata utilizzata per migliorare i sintomi primari di CP, così come i disturbi associati. Questo studio su larga scala caratterizza modelli di consumo della MTC tra i bambini con CP. Gli studi clinici futuri possono essere sviluppati a partire dai risultati di questo studio.

Yu-Chen Lee et al. BMC Complementary and Alternative Medicine 2017-17:155.

Controllo del peso fin dalla nascita

UN RAPIDO AUMENTO di peso nei primi sei mesi di vita è un fattore di rischio per l'obesità infantile e dell'adulto. Negli USA, quasi il 10% dei bambini sono considerati "ad alto peso per la loro altezza". Mentre i benefici dell'allattamento al seno sono ben noti (i bambini allattati al seno tendono a essere meglio protetti contro l'aumento rapido di peso e l'obesità, tra le altre cose), la realtà è che il 60% per cento dei bambini americani assume latte artificiale dai quattro mesi di età sia come unica fonte di nutrimento che in combinazione col latte materno. La ricerca dell'Università del Delaware ha esaminato come le varie composizioni di latte influenzano il bilancio energetico, l'aumento di peso e la crescita del neonato. In un precedente stu-



dio, i bambini sani, randomizzati ad assumere latte di mucca, acceleravano l'aumento di peso rispetto ai bambini nutriti con una formula proteica idrolizzata (specifica per i neonati con allergia al latte di mucca), che hanno guadagnato peso in modo simile a quelli allattati al seno. "L'allattamento al seno è la fonte preferita di nutrizione infantile - dicono i ricercatori-". Per i bambini che sono alimentati con latte artificiale, sia in combinazione con latte materno o come unica fonte di nutrimento, la tendenza ad aumentare di peso è evidente. Per questo motivo i genitori dovrebbero parlare con il loro medico o con il dietologo riguardo quale alimentazione è migliore per il loro bambino."

University of Delaware, March 2017.

Andrea Le Pera

PROFESSIONISTI E GENITORIALITÀ: LE NUOVE TUTELE DI ENPAM



Da lunedì 8 maggio le professioniste iscritte a Enpam possono usufruire di un welfare più ricco in occasione della maternità. Quel giorno scatterà il bando con cui la Fondazione ha deciso di aumentare l'assegno staccato alle dottoresse che diventano mamme: un minimo che sfiora i 1.200 euro mensili per cinque mesi, più un cospicuo pacchetto di misure che vanno dalla protezione dei periodi per gravidanza a rischio, la copertura dei buchi previdenziali, aiuti per asili nido e babysitter e l'estensione di tutele anche alle studentesse di medicina e odontoiatria non ancora laureate. Ci sarà tempo fino alla mezzanotte del 7 luglio per richiedere i sussidi, portati da Enpam per il 2017 a 1,5 milioni di euro in totale. "La professione medica è sempre più femminile ed è necessario prenderne atto anche nelle tutele offerte - dice il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti - . Da custodi di un sistema previdenziale, inoltre, dobbiamo pensare al lavoro ed è importante che una professionista possa diventare serenamente

mamma, sapendo di avere a disposizione delle opzioni che le consentano di conciliare vita e professione. Per noi infatti le dottoresse mamme sono colleghe che hanno dei figli, non delle donne che devono essere aiutate paternalisticamente".

L'indennità di maternità copre i due mesi precedenti la data presunta del parto e i tre mesi successivi alla nascita del bambino. A differenza dell'Inps, l'Enpam paga l'indennità anche se non si interrompe l'attività lavorativa. L'importo minimo garantito sarà di 4.958,72 euro (per il 2017) a cui si aggiungerà un ulteriore assegno di 1000 euro (indicizzati) per le dottoresse con redditi inferiori a 18mila euro (indicizzati), il che fa arrivare l'indennità minima totale a quasi 6mila euro l'anno, circa 1200 euro al mese.

Per le professioniste con redditi superiori verrà comunque garantita un'indennità pari all'80 per cento di cinque dodicesimi del reddito professionale dichiarato ai fini fiscali nel secondo anno precedente a quello della gravidanza. L'inden-

nità massima è di 24.793,60 euro.

Oltre a una copertura specifica per le gravidanze a rischio, le neo mamme potranno contare su aiuti economici per le spese di baby sitter e nido (pubblico e privato accreditato) entro i primi dodici mesi di vita del bambino. Il beneficio è concesso una volta per ciascun figlio, ed è stato fissato per il 2017 a 1500 euro annui.

Il bando considera allo stesso modo maternità e adozioni, sia nazionali che internazionali: per entrambe viene garantita un'indennità di cinque mesi, con la medesima possibilità di accesso anche alle altre tutele.

Chi è coinvolto

Sono tutelate le professioniste iscritte all'Ordine dei medici e degli odontoiatri.

L'indennità di maternità viene corrisposta se non sussiste un diritto analogo presso altre gestioni previdenziali obbligatorie oppure se si ha diritto a percepire, in forza di leggi o contratti, trattamenti economici per gli stessi eventi o in alcuni altri casi particolari. L'Enpam integra comunque le prestazioni che non dovessero arrivare al minimo assicurato.

Le tutele per la maternità sono state estese anche alle studentesse universitarie che decideranno di iscriversi alla Fondazione Enpam già a partire dal quinto o sesto anno del corso di laurea. Per queste ultime è previsto un sussidio di importo pari all'indennità minima prevista per ciascuna fattispecie. Per l'apertura delle iscrizioni all'Enpam che farebbe scattare le garanzie anche alle studentesse, la Fondazione sta attendendo il necessario via libera dei ministeri.



Bruno Cristiano

LA BUGIA E LA NASCITA DELLA DIALETTICA

Ripetete una bugia molte volte e per più giorni: scoprirete che si trasforma in verità e non la potrete più riconoscere come bugia. A questo punto se pronunciate la verità, avrete detto una bugia.

Mentire significa abitare la distanza che intercorre tra “apparenza” e “realtà” e quindi uscire dall’ingenuità di quanti credono che le cose siano ciò che appaiono. Il cavallo che Ulisse porta dentro le mura di Troia appare come un’offerta agli Dei, ma è una macchina da guerra. Dunque l’apparenza inganna, va oltrepassata. Ulisse, prototipo dell’uomo moderno, il cui pensiero cambiò l’Occidente, inaugurò quella doppia coscienza per cui è ad un grado più alto di veridicità chi mente sapendo di mentire, perché disabita l’ingenuità per abitare la complessità dei due livelli: la realtà e la sua maschera. Tra questi livelli prende avvio quella complessità che non concede più verità assolute, ma solo probabilità plausibili.

La bugia è una creazione immaginaria di un evento non accaduto, ma che si è desiderato potesse accadere. Il più delle volte il mondo della realtà esterna domina quello interiore regolato dal desiderio e dunque si impone in modo sgradevole e frustrante. Il passaggio dall’uno all’altro mondo è un meccanismo di difesa esistenziale e permette una fuga che talora fa sentire liberi, quando si è incatenati, ed eroi, quando il proprio quotidiano è invece anonimo.

Per questo bugia e verità sono parametri di mondi differenti (immaginazione e realtà esterna), trasferiti dall’uno all’altro. La bugia è una componente essenziale della nostra cultura: senza di essa avremmo di fronte una realtà nuda e sgradevole, è il sale della vita, è la maschera gradevole della verità. È talmente partecipe del sapere che nessuno sa più cosa sia verità e che cosa sia bugia e può sempre vedere l’una nell’altra, a piacere. L’intelligenza ha nella menzogna la sua prima radice.

Mentre, infatti, la forza vince con lo scontro fisico, la menzogna vince sottraendo all’avversario le informazioni necessarie per orientare la sua condotta.

Così nasce l’intelligenza, e a riconoscerlo è lo stesso Platone: “Mentire coscientemente e volontariamente ha più valore che dire involontariamente la verità”.

Congedarsi dalla forza per accedere all’intelligenza, attraverso l’esercizio della menzogna, è il passo che ha consentito all’uomo di distinguersi dall’animale.

Se non si accetta l’idea che la menzogna possa essere il principio dell’intelligenza, possiamo tranquillamente chiamare la menzogna astuzia, dando a questo termine tutti i significati che un popolo di furbi può attribuirgli ma principalmente la capacità di trovare di volta in volta il punto d’equilibrio tra due tesi contrarie.

Nasce così la dialettica che è l’arte di disputare, e precisamente l’arte di disputare in modo da ottenere sempre ragione con mezzi leciti e illeciti. Si può, infatti, avere ragione oggettiva nella cosa stessa, e tuttavia avere torto agli occhi dei presenti e a volte persino ai propri. Ciò accade quando l’avversario confuta la mia prova, e questo vale come se avesse confutato anche l’affermazione

La dialettica bisogna considerarla senza badare alla verità oggettiva, ma come l’arte di ottenere ragione, deve insegnare solo come difendersi da attacchi d’ogni genere e parimenti come si possa noi stessi attaccare ciò che l’altro afferma, senza cadere in contraddizione e, soprattutto, senza essere confutati.

Bisogna separare in modo netto il reperimento della verità oggettiva dall’arte di imporre come vere le proprie tesi.

La dialettica è stata definita la logica della parvenza, ma ciò è falso perché anche quando si ha ragione si ha bisogno di essa per sostenerla e si devono conoscere gli stratagemmi sleali per opporvisi, anzi spesso bisogna farne uso per battere l’avversario con le sue stesse armi. Per questo nella dialettica la verità obiettiva va messa da parte e bisogna badare solo a come difendere le proprie affermazioni e rovesciare quelle dell’altro. Spesso si ignora dove si trovi la verità oggettiva, noi stessi sovente non sappiamo se abbiamo ragione o no, spesso pensiamo d’averla e ci inganniamo, spesso lo credono ambo le parti. Quando sorge una disputa, di regola ciascuno crede di avere la verità dalla propria parte: in seguito entrambi diventano dubbiosi. Dunque la dialettica non deve avventurarsi nella verità: alla stessa stregua di un maestro di scherma, che non considera chi abbia effettivamente ragione nella contesa che ha dato origine al duello: colpire e parare, questo è quello che conta. Lo stesso vale anche nella dialettica, che è una scherma spirituale.

Esiste quindi un’etica della bugia? Certo, se la si intende come da noi testé esplicitata: a volte vale molto più una mezza bugia di cento verità. Rammentiamoci infine che i profeti della verità sono i più grandi falsari della storia.

La processione del cavallo di Troia. Giandomenico Tiepolo





Quotidiano on line di informazione sanitaria



Quotidiano on line d



**Il primo quotidiano on line
interamente dedicato
al mondo della sanità.**

quotidiano **sanità.it**

**Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale e regionale,
economia e legislazione.**

**Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi e commenti
dal mondo della sanità.**



www.quotidianosanita.it

Utenti unici
1,2 MLN
Pageviews
1,4 MLN
Dati da
Google Analytics
dell'ultimo mese

Qse

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.