

8-12
MENSILE
XLX ANNO

Editoriale Il cambiamento è necessario p.3

Cronaca "Diritto alla cura. Diritto a curare". La manifestazione del 27 ottobre p.10

Centro Studi Fimmg Come cambia la domanda di salute in tempi di crisi p.16



Il decreto Balduzzi è legge

am

AVVENIRE MEDICO

FI&MG
FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI E FARMACISTI

Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale,

Il cambiamento è necessario

Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Recessione economica, instabilità politica e istituzionale, sottofinanziamento del Ssn: stiamo toccando il fondo della crisi?

Quello che è certo è che non possiamo permetterci di pensare che non ci sarà un futuro, perché per quello dobbiamo e vogliamo lavorare.

Oggi solo un folle potrebbe pensare che, nelle condizioni attuali, si possano ottenere vantaggi per sé e per gli altri chiedendo di più e/o offrendo di meno. Questi sono i momenti in cui, per sopravvivere e costruire una prospettiva di sviluppo, è necessario mettere in campo idee e soluzioni nuove, visto che quelle vecchie hanno già abbondantemente dimostrato i loro limiti.

Da anni abbiamo previsto e temuto simili momenti e da anni stiamo proponendo soluzioni innovative per la medicina generale, che ci consentissero di superarli.

Finalmente il decreto Balduzzi costringe i protagonisti a sedersi intorno ad un tavolo per realizzare queste soluzioni.

Non sarà facile, perché moltissimi sono gli ostacoli e ancora molte sono le persone, nella categoria e nella parte pubblica, che non hanno ancora compreso la necessità del cambiamento. Ma dovranno farlo.



In copertina
Alexej von Jawlensky
(1865–1941),
Large variation,
olio su tela, 1914

Il Decreto Balduzzi è legge

Modifica dell'articolo 8, ruolo unico e aggregazioni professionali. Le nuove regole per la Medicina Generale

È diventato legge, con fiducia dell'Aula di Palazzo Madama, il Decreto che interviene su molti aspetti della sanità. Cure primarie, responsabilità professionale, Lea, ecco come cambieranno.

Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", è entrato ufficialmente in vigore dopo la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10 novembre 2012.

Molti i cambiamenti che toccano punti nevralgici della sanità e non solo: dalla riorganizzazione della medicina territoriale alle norme per la nomina dei direttori generali e dei primari, fino all'attività intramuraria. Ma il provvedimento contiene anche tempi certi per l'aggiornamento dei Lea e delle malattie croniche e rare, nuove regole per prevenire la ludopatia e scoraggiare il gioco d'azzardo. Ed anche disposizioni in materia di emergenze veterinarie, farmaci e innovatività terapeutica; prontuario e altre norme su farmaci.

Soddisfatto Giacomo Milillo segretario nazionale della Fimmg: "Esprimiamo soddisfazione per la conversione in legge del Decreto, soprattutto per quanto riguarda le modifiche dell'art. 8 della legge 502/91, nostro obiettivo dichiarato da vari anni e unica modalità per iniziare in maniera coerente il percorso di Ri-fondazione della medicina generale".

Tuttavia la Fimmg non abbassa la guardia su un passaggio: "Rimaniamo attenti a impedire un uso mono direzionale e speculativo dei contenuti del comma 7 dell'art. 1 circa la riduzione delle prerogative negoziali della medicina generale" ha avvertito Milillo. "Auspichiamo che le Regioni



siano disponibili ad aprire al più presto il confronto politico e negoziale nell'interesse comune di amplificare la capacità di azione delle cure territoriali anche come risposta a un reale interesse di mantenimento di un Ssn pubblico".

Di seguito la sintesi dei 16 articoli del provvedimento approvato.

Riforma delle cure primarie (Art. 1)

AFT e UCCP, con medici di medicina generale, specialisti e infermieri

Le Regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative mono-professionali denominate Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e forme organizzative multiprofessionali denominate Unità complesse di cure primarie (Uccp) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le unità complesse di

cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le Regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.

Le Aft e le Uccp erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Ssn. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, nelle medesime strutture sulla base della convenzione nazionale, anche di personale dipendente del Ssn in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

Per i medici di medicina generale arriva il ruolo unico

Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali. Le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale sono individuate tra quelle previste nei Lea nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Ssn, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con

riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale.

Nell'ambito del Patto della salute vengono definite modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata.

Convenzioni da adeguare

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del Decreto devono essere adeguati gli Acn che disciplinano i rapporti con i Mmg, Pls e gli specialisti ambulatoriali. Entro i successivi 90 giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi. Decorso il termine il ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia, sentita la Conferenza delle Regioni e i Sindacati emana le disposizioni per l'attuazione in via transitoria.

Mobilità del personale delle aziende sanitarie

Le Regioni per esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale possono attuare, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dei Ccnl, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del personale presso altre Aziende sanitarie della Regione anche al di fuori dell'ambito provinciale.

Intramoenia (Art. 2)

La realizzazione delle strutture per l'attività intramuraria dovrà avvenire entro il 31 dicembre 2014. La ricognizione degli spazi disponibili e la valutazione dei volumi delle prestazioni effettuate entro gli ultimi due anni, dovrà essere realizzata entro il 31 dicembre 2012. Se necessario, è prevista la possibilità di acquistare e affittare, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate e stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari per l'Alpi sia istituzionale, sia ordinaria. È assicurata la tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti. Per assicurare trasparenza ai pazienti, sarà descritta voce per

voce nella ricevuta fiscale la composizione degli importi corrisposti al medico.

Tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni (Art. 2 bis)

Istituita una commissione per l'aggiornamento delle tariffe. Le aziende tratteranno il 5% dei compensi degli operatori per programmi di prevenzione o riduzione delle liste d'attesa.

Responsabilità professionale e rischio clinico (Art. 3)

Se ci si è attenuti alle linee guida si risponderà dei danni solo in caso di dolo o colpa grave

L'esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave.

Arriva il fondo ad hoc per la copertura assicurativa del rischio professionale

Disciplinati entro il 30 giugno 2013 le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Obbligo di copertura assicurativa con un Fondo ad hoc per alcune categorie a rischio professionale finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici. Cancellato invece l'obbligo di assicurazione per responsabilità civile per le strutture sanitarie pubbliche e private.

Il danno biologico è risarcito sulla base delle tabelle previste dalla legge 209/2005.

Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari (Art. 3 Bis)

Cassata la norma che prevedeva la costituzione di unità di risk management nelle Asl. Ci si limita a generiche indicazioni per implementare l'attività di prevenzione e controllo dei rischi sanitari.

Dirigenza sanitaria e governo clinico (Art. 4)

Arriva l'albo dei Direttori generali

I Dg delle aziende e degli enti del Ssr (pos-

sono accedere anche gli over 65) sono nominati attingendo obbligatoriamente da un elenco regionale di idonei, o da analoghi elenchi di altre Regioni. I criteri di costituzione degli elenchi sono individuati da una commissione costituita dalla Regione. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Ai manager è richiesta, oltre alla laurea anche un'esperienza dirigenziale almeno quinquennale in campo sanitario o settennale in altro settore. Garantita attraverso Internet pubblicità e trasparenza di tutte le procedure. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione annuale sulla base di linee guida.

Disposizioni in materia di assunzioni nelle Regioni dei piani di rientro (Art. 4 Bis)

Al fine di garantire i Lea, gli Enti del servizio sanitario delle Regioni con piano di rientro sottoposte al blocco automatico del turn over dal 2012 possono procedere a nuove assunzioni di personale a tempo indeterminato, nel limite massimo del 15% del personale cessato dal servizio, previa accertamento del raggiungimento anche parziale degli obiettivi previsti dal Piano di rientro.

Aggiornamento dei Lea (Art. 5)

Un decreto del presidente del Consiglio, da emanare entro il 31 dicembre 2012, aggiornerà il Lea per le malattie croniche, per le malattie rare e la ludopatia. Sparisce il fondo alimentato dalle entrate dei giochi che avrebbe finanziato i nuovi Lea per le ludopatie.

Edilizia sanitaria (Art. 6)

La procedura dei lavori di ristrutturazione, di adeguamento, di realizzazione di strutture ospedaliere da realizzarsi attraverso contratti di partenariato pubblico privato può prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambiamento di destinazione d'uso.

Fumo, alcol, ludopatia e certificati sportivi (Art. 7)

Vietata la vendita di sigarette e alcol ai

minori, multe fino a 25mila euro

È previsto inoltre il divieto su ogni tipo di media (giornali, riviste, tv, radio, teatro, cinema e internet) alle pubblicità che inducono al gioco dove è prevista vincita in denaro a meno che: non siano ben presenti formule di avvertimento sul rischio.

Certificazione medica per attività sportiva non agonistica

Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale la Salute, con decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone definisce garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, e comunque dal compimento dei 6 anni di vita ad eccezione delle attività di educazione fisica durante l'orario scolastico.

Più controlli sull'attività sportiva non agonistica, ma niente fondo ad hoc per**nuovi defibrillatori**

Con decreto della Salute si dispongono garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita, da parte di società sportive professionistiche e dilettantistiche.

Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande (Art.8)

Previste nuove disposizioni per la vendita di pesce e latte con sanzioni fino a 20.000 euro

Nelle bevande analcoliche deve esserci almeno il 20% di succo naturale.

Disposizioni in materia di emergenze veterinarie (Art. 9)

Previsti tempi più precisi per affrontare le emergenze in caso di malattie infettive del bestiame.

Farmaci e innovatività terapeutica (Art. 10)**Autorizzazione per la produzione di materia prima. Meno burocrazia**

La produzione di una specifica materia prima farmacologicamente attiva destinata esclusivamente alla produzione di medicinali sperimentali da utilizzare in sperimentazioni cliniche di fase I non necessita di specifica autorizzazione se, previa notifica all'Aifa da parte del titolare dell'officina, è effettuata nel rispetto delle norme di buona fabbricazione in un'officina autorizzata.

Entro il 31 dicembre 2014 l'Aifa trasmette al ministro della Salute e pubblica sul suo sito internet una relazione sugli effetti di questa disposizione e sui possibili effetti della estensione della disciplina ai medicinali sperimentali impiegati nelle sperimentazioni cliniche di fase II.

Laboratorio Toscana: il decreto è già realtà

"L'Accordo siglato in Toscana contiene già il 95% di quello che è previsto dalla legge Balduzzi". Vittorio Boscherini, segretario regionale della Fimmg in Toscana, sintetizza così i contenuti dell'Accordo firmato il 4 dicembre scorso.

Un Accordo preparato con un lungo lavoro, in una Regione che ha già lavorato molto sulla riorganizzazione del proprio servizio sanitario regionale, a cominciare dalla chiusura dei piccoli ospedali.

"La sopravvivenza del servizio sanitario toscano, e anche quella del servizio sanitario nazionale – spiega Boscherini – passa per uno spostamento di risorse dall'ospedale al territorio, ovviamente rafforzando e potenziando la sanità territoriale". E, infatti, il prossimo Piano Sanitario regionale della Toscana, che sarà presentato a breve, prevede il taglio di 2.000 posti letto per acuti, nonostante la Regione abbia già raggiunto i parametri previsti dalla "legge Balduzzi", fissati in 3,7 p.l. ogni mille abitanti. Questo consentirà, anche nella attuale difficile situazione economica, di recuperare risorse da spendere sul territorio, a cominciare dalla creazione di posti letto intermedi, da realizzarsi in parte in forma residenziale e in parte in forma domiciliare, per accogliere quei pazienti che non sono più in una fase acuta della malattia, ma che per diverse

ragioni non possono essere semplicemente dimessi dall'ospedale e devono poter contare su una assistenza sanitaria che garantisca la loro gestione.

"Il fulcro del nuovo Accordo – spiega ancora Boscherini – è nello sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e delle Uccp (Unità di cure primarie), che attraverso equipe composte da medici dell'assistenza primaria e della Continuità assistenziale, affiancati da infermieri, garantiscano sul territorio una risposta ai bisogni sanitari dalle 8 del mattino alle 24, mentre dalle 24 alle 8 resta attivo solo il 118". Già oggi in Toscana il 40% dei medici di medicina generale lavora in situazioni di aggregazione, che prevedono anche la presenza di infermieri, e l'accordo prevede che questa quota cresca del 20% all'anno, raggiungendo il 100% entro i prossimi tre anni.

In questo modo si potranno anche offrire risposte ai bisogni di salute dei cittadini, capaci di alleggerire la pressione sui Pronto soccorso. L'analisi dei dati, infatti, mostra che, al di là delle emergenze imprevedibili, il ricorso al Pronto Soccorso ospedaliero derivante da patologie croniche o da criticità moderate avviene prevalentemente nelle ore diurne e quindi potrà trovare risposte adeguate nelle 16 ore di apertura delle Aft e nelle Uccp.

Trasmissione dei dati di vendita dei farmaci. Abolite le sanzioni per chi trasgredisce

Le aziende titolari di Aic e le aziende responsabili della commercializzazione dei medicinali sono tenute alla trasmissione dei dati di vendita secondo le modalità previste dal decreto del ministro della Salute 15 luglio 2004. Abrogata la previsione della sanzione amministrativa da 10 mila euro a 60 euro per chi viola la norma.

Sospensione dell'Aic

Può essere disposta quando siano anche di lieve entità le irregolarità previste non solo dal comma 2, ma anche dal comma 3 dell'articolo 141 del D.lgs 219/2006 e successive modificazioni.

Farmaci innovativi. La disponibilità sarà immediata

Indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri o regionali, le Regioni devono assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali ad "innovatività terapeutica" così come definito dell'Accordo Stato Regioni 18 novembre 2010 – secondo il giudizio della Commissione tecnico scientifica dell'Aifa - a carico del Ssn ed erogati attraverso gli ospedali e le Asl.

Le Regioni sono tenute ad aggiornare ogni sei mesi i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici. La copia dei prontuari aggiornati dovrà essere trasmessa all'Aifa.

Presso l'Aifa è istituito un tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri, al quale partecipano, a titolo gratuito, rappresentanti della stessa Agenzia, delle Regioni e del Ministero della salute. Il tavolo discute eventuali criticità nella gestione dei prontuari e fornisce linee guida per l'armonizzazione e l'aggiornamento degli stessi, anche attraverso audizioni periodiche delle organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute maggiormente rappresentative a livello nazionale.

Prontuario e altre norme su farmaci e farmacie (Art. 11)

Revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale

Entro il 30 giugno 2013 l'Aifa, sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso, provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale, collocando in Fascia C i farmaci considerati terapeutamente superati.

I medicinali equivalenti ai medicinali di cui è in scadenza il brevetto o il certificato di protezione complementare non possono essere classificati come farmaci a carico del Ssn prima della data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare, pubblicata dal Ministero dello sviluppo economico. Se un farmaco viene escluso dalla rimborsabilità, l'Aifa può stabilire che venga ulteriormente dispensato a carico del Ssn fino al completamento della terapia in pazienti già in trattamento.

Dosaggi e confezioni personalizzate. Via libera alle sperimentazioni

Le Regioni sono autorizzate a sperimentare sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errori e di consumi impropri. Le operazioni di sconfezionamento e riconfezionamento dei medicinali sono effettuate nel rispetto delle norme di buona fabbricazione con indicazione del numero di lotto di origine e della data di scadenza. L'Aifa, su richiesta della regione, autorizza l'allestimento e la fornitura alle strutture sanitarie che partecipano alla sperimentazione di macroconfezioni di medicinali in grado di agevolare le operazioni predette.

Farmaci erogabili dal Ssn (Art. 12)

Domande e autorizzazioni

La domanda di classificazione di un medicinale fra i medicinali erogabili a carico del Ssn è istruita dall'Aifa contestualmente

te alla contrattazione del relativo prezzo. L'azienda farmaceutica interessata può presentare all'Aifa la medesima richiesta soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale. La domanda riguardante farmaci orfani o altri farmaci di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale previsti in una specifica deliberazione dell'Aifa o medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture assimilabili può essere presentata anteriormente al rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

I medicinali che ottengono un'autorizzazione all'immissione in commercio comunitaria a norma dei regolamenti CE sono automaticamente collocati in apposita sezione, dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità, della classe C. Ciascun medicinale che abbia le caratteristiche di medicinale generico o di medicinale biosimilare è automaticamente collocato, senza contrattazione del prezzo, nella classe di rimborso a cui appartiene il medicinale di riferimento qualora l'azienda titolare proponga un prezzo di vendita di evidente convenienza per il Servizio sanitario nazionale.

Quando è autorizzata una estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale autorizzato all'immissione in commercio secondo la procedura prevista dai regolamenti comunitari e già classificato come farmaco erogabile dal Ssn, il medicinale non può essere prescritto per le nuove indicazioni con onere a carico del Ssn prima della conclusione della procedura di contrattazione del prezzo e della correlata conferma della rimborsabilità del medicinale medesimo, nonché della pubblicazione, da parte dell'Aifa, del nuovo prezzo ai sensi della normativa vigente. Quando è autorizzata una estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale autorizzato all'immissione in commercio, e già classificato come farmaco erogabile dal Servizio sanitario nazionale, il provvedimento che autorizza l'estensione delle indicazioni terapeutiche contiene, altresì, il prezzo concordato in seguito alla nuova procedura di contrattazione del prezzo e di conferma della rimborsabilità del medicinale.

Riorganizzazione dei Comitati etici

Entro il 30 giugno 2013 ciascuna delle Regioni provvede a riorganizzare i comitati etici del proprio territorio, attenendosi ai seguenti criteri:

a) a ciascun comitato etico è attribuita una competenza territoriale di una o più province, in modo che sia rispettato il parametro di un comitato per milione di abitanti, fatta salva la possibilità di prevedere un ulteriore comitato etico, con compe-

tenza estesa a uno o più istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

b) la scelta dei comitati da confermare tiene conto della numerosità dei pareri unici per sperimentazione clinica di medicinali emessi nel corso dell'ultimo triennio;

c) la competenza di ciascun comitato può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirur-

giche e cliniche o relativa allo studio sull'uomo di prodotti alimentari generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati;

d) è assicurata l'indipendenza di ciascun comitato e l'assenza di rapporti gerarchici fra diversi comitati.

A partire dal 1° luglio 2013 la documentazione riguardante gli studi clinici sui medicinali in fase di sperimentazione clinica sarà gestita esclusivamente in modalità telematica.

Presentata la Relazione sullo stato sanitario del Paese

L'11 dicembre scorso, il ministro Renato Balduzzi ha presentato, alla presenza del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, la Relazione 2011 sullo stato sanitario del Paese.

Il documento, previsto con la legge istitutiva del Ssn nel 1978, affida al ministro della Salute il compito di informare il Parlamento sulle condizioni di salute della popolazione e soprattutto sullo stato dell'arte delle diverse politiche sanitarie adottate a livello centrale e locale dai diversi soggetti che interagiscono nella gestione della sanità. Si tratta quindi di un testo molto ampio, che può essere integralmente visionato sul sito del ministero della Salute, del quale riassumiamo solo i principali dati epidemiologici.

Gli ultimi dati Istat disponibili indicano che nel 2009 il numero dei decessi avvenuti in Italia ammonta a 588.438, di cui 286.619 maschi (48,7%) e 301.819 femmine (51,3%). L'analisi della mortalità per causa conferma che le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di morte con 224.830 decessi (il 38,2%), seguite dai tumori con 174.678 decessi (il 29,7%). Tra le donne, le malattie cardiovascolari si confermano principale causa di morte con 127.060 decessi (il 42,1%), mentre i tumori rappresentano la seconda causa con 76.112 decessi (il 25,2%). Tra gli uo-

mini, la prima causa di morte è rappresentata invece dai tumori con 98.566 decessi (il 34,4%), seguita immediatamente dalle malattie del sistema cardiocircolatorio con 97.770 decessi (il 34,1%). Le malattie del sistema respiratorio in Italia sono la terza causa di morte, responsabili di 39.949 decessi (6,8%), di cui 22.329 tra gli uomini e 17.620 tra le donne.

Sempre secondo i dati Istat, la prevalenza del diabete mellito in Italia è in regolare aumento nell'ultimo decennio. Risulta diabetico il 4,9% della popolazione (5,0% delle donne, 4,7% degli uomini), pari a circa 3 milioni di persone. La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nelle fasce d'età tra 35 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne ed è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 6,0%, seguita dal Centro con il 5,1% e dal Nord con il 4,0%.

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Su 52 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni, i fumatori sono circa 11,6 milioni (22,3%) di cui 7,1 milioni di uomini (28,4%) e 4,5 milioni di donne (16,6%).

Disposizioni su altri farmaci (Art. 13)

Procedure semplificate per i farmaci omeopatici

Modifica l'art. 20 del dlgs 219/2006 prevedendo che i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995 siano soggetti alla procedura semplificata di registrazione prevista dallo stesso decreto. In alternativa alla documentazione richiesta le aziende titolari possono presentare una dichiarazione autocertificativa sottoscritta dal legale rappresentante recante specifiche informazioni sulla sicurezza, i dati di vendita ed eventuali segnalazioni di farmacovigilanza. L'autocertificazione non vale, però, per i farmaci omeopatici di origine biologica o preparati per uso parenterale o con concentrazione ponderale di ceppo omeopatico.

Razionalizzazione di enti sanitari (Art. 14)

Prevista la riorganizzazione dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (Agea) e dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) e dell'Onaosi.

Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal ministero (Art. 15)

L'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile e le funzioni di PS aeroportuale, con alcune eccezioni, passa alle Regioni.

L.C., S.S.

Oltre 12.000
visitatori unici
giornalieri*

*Fonte: Google Analytics



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.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Edizioni Health Communication



In ventimila per difendere il diritto a curare

di Lucia Conti

La manifestazione convocata il 27 ottobre scorso a Roma da 24 sindacati medici ha avuto un grande successo e una larghissima partecipazione. La cronaca e le foto del corteo, con tante bandiere gialle della Fimmg

Un lungo corteo ha attraversato Roma il 27 ottobre scorso. Oltre ventimila persone hanno infatti partecipato alla manifestazione indetta da 24 sindacati medici con lo slogan “Diritto alla cura, diritto a curare”, per pro-

testare contro i tagli inflitti alla sanità nell’ultimo periodo. Le scelte dei governi Berlusconi, prima, e ora del governo Monti si sono infatti tradotte in una riduzione dei finanziamenti alla sanità che complessivamente, dallo scorso anno al 2014, ammontano a





31 miliardi. E questi tagli - che colpiscono ospedali, strutture territoriali, beni e servizi, personale - metteranno in ginocchio la sanità pubblica in tutte le Regioni italiane, compromettendo nei fatti il diritto alla salute. “Un sistema pubblico povero per i poveri - spiegava il “manifesto” di convocazione della manifestazione - è quello che si intravede in prospettiva. L’evoluzione regressiva del Ssn, che non dipende solo da una insufficienza di risorse, ma anche da sprechi, interessi illegali, improprie relazioni tra politica e gestione, ipoteca anche un pezzo di futuro della nostra professione, rallentando lo sviluppo della moderna medicina, della ricerca tecnologica sanitaria, della innovazione, della formazione, dei modelli organizzativi”.

Il corteo è partito da Piazza della Repubblica, nei pressi della stazione Termini e si è concluso al Colosseo, in una bellissima mattinata di sole che ha smentito le previsioni atmosferiche che annunciavano invece un forte temporale. Moltissime le delegazioni della Fimmg, provenienti da tutte le Regioni, che hanno sfilato caratterizzandosi con le tradizionali bandiere gialle e blu. “Siamo molto soddisfatti della larghissima adesione - ha commentato il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo - e la nostra presenza è stata numerosissima. Hanno raggiunto Roma rappresentanti di tutte le province italiane”.

Per esigenze di brevità, si è deciso di concludere la manifestazione con un solo intervento, affidato a Costantino Troise (Anaa) in rappresentanza di tutte le organizzazioni sindacali aderenti. “Oggi - ha affermato Troise - dichiariamo la nostra intenzione a salvare il Ssn per farci carico della difesa di un sistema pubblico e nazionale, della sua funzione di coesione sociale e di garante della esigibilità del diritto alla salute, che è uno e indivisibile, e non può essere declinato in base al Codice di avviamento postale. Non so se questa manifestazione sarà in grado di cambiare il corso delle cose, ma so che certamente può cambiare noi stessi se smettiamo di rassegnarci: chi si rassegna perde ogni giorno”.

A nome dei cittadini è poi intervenuto Giuseppe Scaramuzza, coordinatore del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. “Sono qui oggi a rappresentare i cittadini che quotidianamente usufruiscono dei servizi sanitari, o forse sarebbe meglio dire ciò che rimane del nostro Ssn di tipo universalistico. Un tempo - ha proseguito Scaramuzza - ci battevamo e denunciavamo bagni e lenzuola sporche negli ospedali, oggi ci battiamo per il diritto a non aspettare 10 mesi per una risonanza magnetica o per fare la chemioterapia in modo dignitoso. Il Governo - ha concluso - non può pensare di salvare i conti e i bilanci dell’Italia distruggendo gli italiani. Il Governo era partito con propositi di rigore, sviluppo ed equità. Oggi è rimasto il rigore, ma si è perso per strada lo sviluppo e, soprattutto, l’equità.”



67° Congresso nazionale Fimmg Metis, 1-5 ottobre 2012 Villasimius

Milillo: “Troviamo **soluzioni concrete** per la sanità e **non comode vie di fuga**”

di Ester Maragò

I conti non tornano. Nonostante l'appeal verso i medici di famiglia continui a mantenere un trend in crescita tra i cittadini e l'assistenza territoriale sia ormai considerato un tassello fondamentale per la sostenibilità del Ssn, la figura del medico di famiglia è sotto assedio. Come non è ancora privo di ostacoli il percorso per la ri-fondazione della medicina generale, anche se il Decreto Balduzzi contiene molti passi in avanti. Per questo i professionisti della Fimmg auspicano il sostegno di chi governa a quanti “lavorano con impegno e serietà e difendano la loro immagine e dignità”. I medici faranno la loro parte: sosterranno il Ssn. Ma a patto che venga aperto un confronto franco e leale, per trovare soluzioni concrete per la sanità e “non comode vie di fuga”. Se tutto questo non sarà compreso e accolto in questi termini, inizierà una stagione, pericolosa per tutti, di scontro fra le parti. È questo il messaggio lanciato da Giacomo Milillo, nella sua relazione al 67° Congresso nazionale Fimmg Metis a Villasimius, dal titolo “Integrazione professionale: una scelta necessaria”. Una relazione dettagliata che ha toccato molti temi: dalla reputazione della medicina generale, alle soluzioni per il Ssn, dalla riforma dell'assistenza territoriale all'assistenza farmaceutica.

Una categoria sotto assedio. Nonostante la fiducia dei cittadini verso i medici rimanga intatta, le criticità non mancano. Gli interlocutori istituzionali, Regioni in primis, sempre più spesso ricorrono a



L'immagine e la dignità dei medici di famiglia vanno difesi perché l'assistenza territoriale è un tassello indispensabile per la sostenibilità del Ssn. È questo il messaggio lanciato da Giacomo Milillo, segretario della Fimmg nella sua relazione congressuale, che chiede soluzioni concrete per la sanità



“imposizioni autoritarie” con leggi, direttive e interpretazioni arbitrarie delle normative. Ma anche le leggi e le Aziende, in nome dell'appropriatezza, fanno di tutto per erodere il credito sulle capacità professionali dei medici. Un esempio? Per accedere a farmaci innovativi, prestazioni inte-

grative ed eseguire indagini costose ricorrono all'autorizzazione di uno specialista considerando così i medici di famiglia “neppure all'altezza di formulare la diagnosi che è necessaria al riconoscimento dell'essenzialità dal ticket”.

A questo si aggiungono anche altri “attacchi” che mettono in discussione la figura dei camici bianchi: “Pensiamo solo alle migliaia di medici di famiglia indagati dai Nas o dalla Guardia di Finanza e denunciati prima del giudizio alla pubblica opinione per ipotesi di reato che non erano neanche nella condizione materiale di poter commettere. Un esempio clamoroso è quello della Lombardia nel 2006: 465 medici denunciati per presunti danni erariali superiori a 25 milioni di euro, ma 188 procedimenti furono archiviati nel 2007 e solo quattro sentenze sfavorevoli al 2012”.

Le istituzioni devono quindi difendere la figura dei medici di famiglia. “Ci aspetta-



mo – ha affermato Milillo – che chi governa a qualsiasi livello, se tiene al Ssn, difenda nell’opinione pubblica l’immagine e la dignità dei professionisti che vi operano, non negando i problemi ma sostenendo quanti, e sono la maggioranza, lavorano con serietà nell’interesse dei loro assistiti, almeno per quanto l’organizzazione dei servizi lo consente”. Perché il futuro e la sostenibilità del Ssn, “non dipendono solo dall’entità dei finanziamenti, ma anche dalla fiducia dei cittadini in chi vi opera ed in chi amministra”.

La leva del decreto Balduzzi e il rinnovo della Convenzione.

Per Milillo occorre invece realizzare realmente il giro di boa auspicato da anni per sostenere il sistema, e senza l’assistenza territoriale questo non sarà possibile. Anche perché tutte le soluzioni che potrebbero essere messe in campo – dalla definizione dei Lea universali ed equi, all’individuazione di livelli integrativi di assistenza sostenibili con fondi integrativi alimentati dai cittadini direttamente o attraverso un welfare contrattuale, fino ticket dimensionati in relazione al reddito – non potranno realizzarsi senza il potenziamento dell’assistenza territoriale.

Ma finora poco, nei fatti, è stato realizzato. Ora con il Decreto Balduzzi qualcosa potrebbe cambiare: ha, infatti, il coraggio di ribadire con determinazione “l’esigenza di mettere mano con urgenza al potenziamento dell’assistenza territoriale e introdu-

ce alcune novità nei principi che devono ispirare la stesura della prossima convenzione”. Occorre però che subito dopo la conversione in legge del Decreto, debbano iniziare le trattative per la definizione normativa degli Acn, pur “nei limiti delle disponibilità finanziarie”. “L’obiettivo – ha spiegato Milillo – è modificare la normativa in modo che quando saranno disponibili stanziamenti aggiuntivi questi possano alimentare il nuovo assetto della medicina generale e dell’assistenza territoriale e non quello vecchio. Il rinnovo normativo dell’Acn sarà anche l’occasione per mettere ordine sulle competenze dei diversi livelli di contrattazione ed evitare controproducenti e confondenti interferenze”.

L’assistenza farmaceutica: nessuna avversione preconcetta verso i generici.

Quello della farmaceutica ha sostenuto Milillo è “un mondo affollato di interessi contrapposti, dove, pur di giustificare i propri comportamenti, alcuni non esitano a distorcere quanto da anni affermiamo coerentemente. Il medico di medicina generale è eticamente tenuto a prescrivere quello che concretamente serve all’assistito, con il minor rischio possibile, al minor costo possibile per il Ssn e per l’assistito stesso”. Quindi ha sottolineato: “Non ci sono avversioni preconcette nei confronti dei farmaci generici, anche se consapevolmente ribadiamo che bioequivalenza, non solo secondo noi, non significa identità, soprat-

tutto quando ad assumerli sono individui che non sono identici e forse neppure bioequivalenti fra loro. I farmaci generici sono un’opportunità. Quello che rigettiamo, perché lo riteniamo limitativo della nostra autonomia professionale e lesivo dell’interesse dei pazienti, è la sostituibilità imposta dei farmaci prescritti dai medici e tutte le relative complicazioni burocratiche che ciò comporta”. La Fimmg intende quindi seriamente dibattere l’aspetto professionale del problema. “Per questo motivo – ha aggiunto – abbiamo realizzato sul problema



Non abbiamo avversioni preconcette nei confronti dei farmaci generici, anche se consapevolmente ribadiamo che bioequivalenza non significa identità, soprattutto quando ad assumere i farmaci sono individui che non sono identici e forse neppure bioequivalenti fra loro

della sostituibilità un documento che presentiamo nel nostro congresso e che invieremo a diverse organizzazioni mediche nel mondo, chiedendo opinioni nel merito”.

Medici pronti a fare la loro parte.

“I medici di medicina generale sono consapevoli della difficoltà che la crisi economica comporta per il Paese e per la sua sanità – ha ricordato Milillo – responsabilmente sono disponibili a dialogare, nel rispetto di un sistema maturo di relazioni, con tutte le Istituzioni nazionali e regionali per contribuire al superamento delle difficoltà”. La sostenibilità del Ssn è da considerata dai medici di famiglia come un traguardo che chiama da un’alleanza tra tutti i principali attori della sanità.

“Siamo pronti a offrire il nostro contributo – ha quindi aggiunto Milillo – aperti a un confronto, purché sia franco e leale, finalizzato alla ricerca di soluzioni concrete e organiche, rispettose della dignità di tutti i soggetti interessati, nell’interesse prioritario dei cittadini, ma soprattutto che impegnino chi le condivide a realizzarle”. Che siano assunzioni di responsabilità vere e “non comode vie di fuga per lasciare alle



future generazioni problemi incancreniti dalla progettazione fine a se stessa, assurta a metodo di programmare e amministrare”. Se questa disponibilità non sarà compresa e accolta in questi termini, ha chiosato Milillo “la categoria, consapevole che

non è in gioco un aumento di stipendio, ma la sua stessa esistenza, sarà presto costretta a utilizzare tutte le armi di tutela tradizionali e innovative che potrà immaginare, aprendo una stagione, pericolosa per tutti, di scontro fra le parti”.

Balduzzi: “Le buone pratiche nella medicina generale non mancano. È tempo di generalizzare e rafforzare tutte queste esperienze”

A causa di impegni istituzionali il ministro Balduzzi non ha potuto partecipare, come promesso al congresso, ma ha offerto il proprio sostegno alla medicina generale grazie ad un videomessaggio proiettato a Villasimius.

“Stiamo facendo insieme un importante tratto di strada per la medicina generale e il congresso, incentrato sui temi della rete e dell’integrazione, è un pezzo non secondario di questo percorso – ha detto Balduzzi – gli acronimi (Utap, Creg...), le esperienze e le buone pratiche in Italia non mancano. Forse oggi il tempo è maturo per arrivare a una generalizzazione e a un rafforzamento di tutte queste esperienze in cui molti di voi sono già coinvolti”.

Riprendendo il tema portante del Congresso Fimmg, il ministro ha poi ricordato ai medici di famiglia che il filo conduttore dei provvedimenti del Governo in sanità sta proprio nella nozione di

rete e integrazione. Che la spending review, per la parte sanitaria, si incentra sulla necessità di riorganizzare la rete ospedaliera, e il Decreto legge Salute e Sviluppo trova, non a caso, nell’articolo 1 proprio l’attenzione alla riorganizzazione della rete territoriale. “Riorganizzando queste due reti – ha sostenuto Balduzzi – i decisori regionali riusciranno anche a riorganizzare e a migliorare anche la rete di emergenza e urgenza in una sinergia virtuosa, che vede una triangolazione, che deve essere altrettanto virtuosa, tra il decisore nazionale, il decisore regionale e il mondo delle professioni”. E ancora, Balduzzi ha infine ricordato come accanto ad una popolazione che invecchia c’è anche una classe medica sempre più anziana: “Circa il 60% dei medici iscritti al fondo Enpam hanno tra i 50 e i 59 anni di età ed il 15,7% ha più di sessanta anni”. Per questo il ministro invita ad aprirsi maggiormente alle giovani generazioni.

LE NEWS

Enpam: trasparenza sui compensi agli amministratori. E per il 2013 è previsto il saldo positivo di oltre un miliardo

L'Enpam pubblicherà sul proprio sito internet (www.enpam.it) i compensi agli amministratori e ai componenti degli organi collegiali e la stessa operazione trasparenza verrà attuata per la società Enpam Real Estate srl, che gestisce il patrimonio immobiliare dell'Ente. Già da anni le indennità di carica e i gettoni di presenza corrisposti dalla Fondazione Enpam sono liberamente consultabili sul sito internet della Corte dei Conti, dove tuttavia i dati non sono aggiornati da tempo.

“Con la pubblicazione di dati aggiornati gli iscritti potranno rendersi conto dei tagli che volontariamente l'Enpam ha fatto sui compensi agli amministratori” ha dichiarato Alberto Olivetti, presidente della Fondazione Enpam, aggiungendo la propria personale disponibilità in direzione della massima trasparenza: “La mia dichiarazione dei redditi – ha dichiarato infatti Olivetti – è a disposizione di ogni medico e odontoiatra che voglia venire a consultarla e confrontarla con la propria”.

La Fondazione Enpam ha approvato il 1° dicembre scorso il bilancio di previsione 2013, che per il prossimo anno



prevede un avanzo di gestione stimato in 1,021 miliardi di euro: nel 2013, infatti, Enpam pagherà prestazioni previdenziali e assistenziali per 1,324 miliardi di euro, a fronte di entrate contributive per 2,148 miliardi.

Corso Fad per i mmg su farmaci branded ed equivalenti

Ad alcuni mesi dalla introduzione dell'obbligatorietà di indicazione in ricetta del principio attivo (fatte salve le terapie croniche o casi da giustificare con brevi relazioni), tra i medici si continua a registrare incertezza e disagio al momento della prescrizione di un nuovo farmaco.

Fermo restando l'obbligo indiscutibile di osservare le leggi dello Stato, il medico ha il fondamentale dovere di tutelare la salute del paziente, cercando di evitare ogni danno o inconveniente prevedibile. La scelta di un farmaco, soprattutto per una patologia cronica, implica una profonda conoscenza del paziente, dal punto di vista sanitario e anche psicologico e socio-economico e richiede una solida cultura di tipo farmacologico, che consenta di operare scelte sicure e sostenibili. Inoltre il medico deve sempre agire con prudenza, usando farmaci che conosce bene (non a caso vengono regolarmente consegnate le schede tecniche all'atto dell'informazione scientifica).

Con l'obiettivo di migliorare e sostenere le conoscenze in campo farmacologico, dei medici di medicina generale, Fimmg Metis propone un corso di Formazione a Distanza dal titolo “Farmaci branded e farmaci equivalenti: riflessione dopo un decennio di uso”, che affronta gli aspetti farmacologici, farmacoeconomici e giuridici correlati al tema. Questo corso, realizzato con il supporto non condizionante di Menarini, è attualmente attivo e distribuito mediante un kit didattico a 30.000 mmg.

Il capitolo relativo ad “Aspetti di Farmacologia” è curato da Renato Bernardini, Professore Ordinario di Farmacologia, Dipartimento di Biomedicina Cli-



nica e Molecolare, Università di Catania. In questa parte, oltre ad approfondire i concetti di biodisponibilità e bioequivalenza, si chiariscono anche quelli di: formulazione chimica, forma farmaceutica, salificazione, eccipienti e le influenze che hanno sulla bioequivalenza, sulla efficacia e sulla tollerabilità dei diversi farmaci equivalenti. In base alle normative vigenti in Italia, i farmaci “generici” sono per definizione “essenzialmente simili” al prodotto di marca originale, ma non perfettamente uguali.

Il medico, pur conoscendo all'atto pratico il farmaco che usa, non sempre ha l'attenzione a tutti gli aspetti farmacologici. Tuttavia un richiamo sintetico e un approfondimento su alcuni aspetti che a volte non si considerano possono aiutare a compiere scelte terapeutiche motivate e sostenibili (anche di fronte ad opinioni contrarie) con la forza della conoscenza e della consapevolezza.

Il corso è disponibile sul sito www.fimmg.org ed ha l'accreditamento Ecm presso il Ministero della Salute con 15 ore di attività formativa e 15 crediti Ecm erogati ai partecipanti.

La ricerca annuale del Centro Studi della Fimmg

Fare i conti con la salute. Le conseguenze della crisi sul benessere psico-fisico della popolazione

Paolo Misericordia*

Nei primi mesi del 2012 il Centro Studi della Fimmg ha condotto una ricerca per indagare gli effetti della crisi economica sulla salute della popolazione. L'indagine è stata realizzata attraverso un questionario indirizzato ai medici di medicina generale iscritti alla Fimmg, assumendo che il medico, oltre a conoscere lo stato di benessere psico-fisico dei propri assistiti, sia fonte informativa privilegiata per comprendere fenomeni complessi come quelli che riguardano gli aspetti socio-economici della vita delle persone.

Che le crisi economiche possano avere significative ripercussioni sulle condizioni sanitarie dei cittadini è cosa ampiamente documentata in letteratura. La stessa Unione Europea, attraverso il programma Eurobarometro, utilizzando una serie di questionari, ha cercato di esplorare queste relazioni: per i Paesi membri è emerso, ad esempio, un peggioramento della accessibilità alle cure, anche nelle nazioni, come l'Italia, dotate di sistemi sanitari "universalistici" che dovrebbero garantire a tutti elevati livelli di assistenza.

L'obiettivo dell'indagine del Centro Studi è stato quello di raccogliere dati per conoscere le conseguenze della crisi che organi di stampa, media, policy maker e forze sociali hanno stimato fortemente negativi rispetto allo stato di benessere della popolazione. Benessere inteso in una molteplicità di profili tra cui quelli del lavoro, dell'occupazione, dei redditi e della povertà, della stabilità sociale e delle famiglie, della salute collettiva e individuale, delle malattie e della loro cura.

Lo studio inoltre ha voluto esplorare gli effetti della crisi sulla attività del mmg e sul suo vissuto più personale, per capire quali potessero essere le possibili conseguenze sul suo ruolo professionale e sulle sue funzioni di centralità assistenziale.

Le caratteristiche della ricerca

Ha partecipato all'indagine un campione di 1.050 mmg, reso omogeneo all'universo dei mmg dell'archivio Enpam attraverso una pro-

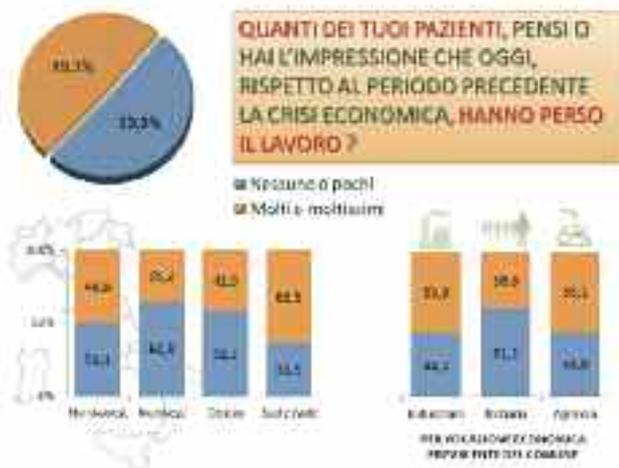


cedura di post-stratificazione in base al genere, alla classe di età e all'area geografica di appartenenza. Il questionario proposto al medico è stato articolato su più aspetti: sul suo profilo personale e professionale, sulla caratterizzazione sociale ed economica del territorio, sulla valutazione dello stato di salute e di benessere psicofisico generale dei pazienti e della domanda di servizi sanitari, sugli effetti della crisi sul lavoro del medico e sulle sue prospettive professionali.

I risultati

Come la crisi sta impattando violentemente sulla popolazione è già evidente dall'ampia percentuale (49,1%) dei medici che ritengono che siano stati molti o moltissimi i propri assistiti che hanno perso il lavoro in questo periodo (Fig. 1), o che riferiscono (43,1%) che

Tabella 1



sono abbastanza i pazienti che non hanno soldi per arrivare alla fine del mese (Fig. 2).

I dati riferiti dai medici sembrano affidabili perché, oltre a corrispondere a quanto emerso in altre simili indagini, sono riportati da una figura estremamente inserita nel contesto sociale e territoriale in cui opera; sono infatti molteplici gli elementi che attribuiscono relazioni di assoluta familiarità, confidenza ed apertura tra medico ed assistiti. È del 43,4% la percentuale dei medici che riferisce che sia capitato spesso (qualche volta nel 51,8% dei casi), nell'ultimo periodo, che i propri pazienti abbiano richiesto aiuto o indicazioni per la ricerca di un lavoro, e di oltre il 90% quella che riporta di essere stata oggetto, spesso o qualche volta, di richiesta di intervento per risolvere problemi familiari.

Da parte dei medici vi è una larga convergenza nel ritenere che lo stato di salute dei propri assistiti sia complessivamente peggiorato (48,6% del campione) rispetto a prima che iniziasse la crisi economica, riferendo anche, con giudizio costante ed ampio, che la valutazione del peggioramento è correlata con le caratteristiche in genere meno positive del territorio:

56,8% dei medici nel sud e nelle isole, 55,3% e il 56,6% nelle aree industriali ed agricole, 57,7% nei comuni con degrado urbano, 56,3% nei comuni con maggior delinquenza, 62,6% nelle Asl ove è diminuita l'occupazione, 63,2% nelle Asl a maggior malessere sociale. In particolare emerge che l'89% dei medici riferisce che i pazienti in questo periodo sono più stressati, con prevalenze più elevate, come per le altre osservazioni, nei contesti più deboli (territori con maggior disoccupazione, criminalità, malessere sociale).

La crisi si fa sentire: pazienti più attenti alla rimborsabilità

Tra gli effetti della crisi sulla popolazione vanno segnalati quelli relativi alla modificazione dei comportamenti nella gestione del bene salute e della domanda in ambito sanitario. Vi è ampia conver-

Tra gli effetti della crisi sulla popolazione vanno segnalati quelli relativi alla modificazione dei comportamenti nella gestione del bene salute e della domanda in ambito sanitario

genza tra i medici nel riferire che i pazienti, più di prima, si informano circa la erogabilità da parte del Ssn dei farmaci (90,6%), manifestano disappunto per dover sostenere la spesa per i vari ticket sanitari (92,1%), seguono regimi alimentari di minore qualità (56,2%), mantengono l'ambiente domestico con temperature inadeguate (45,0%).

Tabella 2



Fare i conti con la salute

LE CONSEGUENZE DELLA CRISI
SUL BENESSERE PSICOFISICO DELLA POPOLAZIONE

Il 67,6% dei medici del campione ritiene che molti dei propri pazienti, in questo periodo, abbiano avuto difficoltà ad andare dal dentista per le ristrettezze economiche (Fig. 3); il 64,7% che alcuni pazienti abbiano rinunciato ad assentarsi dal lavoro per andare dal medico o fare accertamenti per timore di mettersi in cattiva luce con il datore di lavoro; il 55,9% che alcuni pazienti abbiano rinunciato ad andare dal medico o fare accertamenti per risolvere problemi e/o potersi dedicare ad altre incombenze ritenute al momento più importanti della salute.

In linea con quanto descritto in letteratura emerge chiaramente che la crisi ha un impatto sulla domanda e sui consumi sanitari in termini quantitativi e qualitativi e soprattutto che, in corso di difficoltà economiche, cambia profondamente la scala delle priorità della gente, assumendo il lavoro ed il suo mantenimento, rilievo maggiore rispetto alle esigenze di cura e di salute.

I medici e la crisi

L'effetto della crisi è serio, pesante e coinvolge tutte le sfere della vita anche per i medici.

Spiccano per importanza le conseguenze negative sulla fiducia nel futuro (per il 70,6% del campione), sulla propensione a investire (71,2%) e, soprattutto, sulle aspettative nei confronti della pensione (per l'88,7% destinata a ridursi nel suo ammontare, e per l'84,5% addirittura a rischio di poter essere percepita). I medici riferiscono timore che la penalizzazione economica della categoria e della sua potenzialità organizzativa, in relazione al prolungato blocco dei contratti, possa comportare un rallentamento dei processi di innovazione tecnologica (93,4%), un aumento degli accessi al pronto soccorso (72,3%), un aumento dei ricoveri ospedalieri (61,6%).

Avendo prodotto l'indagine una notevole quantità di dati, per cercare di costruire un modello interpretativo globale di carattere sintetico, sono stati individuati alcuni indici complessi che potevano ricomprendere le singole domande del questionario: l'indice di disagio socio-economico, di fragilità e richiesta di aiuto, di disagio psichico e stress, di bisogno assistenziale, di disappunto per il costo dell'assistenza, di rinuncia all'assistenza, di dilazione dell'assistenza. I coefficienti di correlazione più elevati sono emersi tra l'indice di disagio socio-economico e quello di rinuncia alle prestazioni sanitarie (indice di correlazione di Pearson: 0,57), tra il primo e l'indice di disagio psichico e stress (0,51), e tra quest'ultimo e quello di bisogno assistenziale (0,46).

Conclusioni

I risultati della ricerca dimostrano che la crisi incide sul destino della salute della popolazione, aumenta le disuguaglianze accentuando la divaricazione dei contesti sociali, è in grado di condizionare il lavoro e la funzione del medico di medicina generale.

In particolare appare preoccupante il fenomeno di rinuncia consapevole ad accedere a prestazioni sanitarie anche quando prescritte o comunque necessarie: si tratta certamente di un elemento in grado di condizionare negativamente alcuni item finali di salute, i cui costi, adesso non ponderabili, saranno chiari solo in momenti successivi.

Altro aspetto marcatamente evidente riguarda il maggiore impatto

Tabella 3



che le conseguenze della crisi hanno su specifiche aree del paese. I dati raccolti convergono nell'affermare che il Sud e le Isole sono le aree maggiormente penalizzate, a conferma di consapevolezza già diffuse ma anche ad ulteriore dimostrazione che le differenze note su indicatori di benessere e di salute, sulla possibilità di accesso a prestazioni sanitarie di qualità, sono esasperate dalla crisi economica.

Il mmg, in quanto porta di primo accesso al sistema delle cure, è chiamato intanto a rispondere, prima di altri, rispetto ai disagi subiti dall'utenza per la maggior richiesta di partecipazione alla spesa e per la costante riduzione del finanziamento del sistema sanitario; in questo contesto aumenta il disagio e l'insoddisfazione nei confronti del proprio ruolo professionale esposto a continue difficoltà e intimamente minacciato nel rapporto fiduciario verso i propri assistiti.

**responsabile del Centro Studi della Fimmg*

I risultati della ricerca dimostrano che la crisi incide sul destino della salute della popolazione, aumenta le disuguaglianze accentuando la divaricazione dei contesti sociali, è in grado di condizionare il lavoro e la funzione del medico di medicina generale

I farmaci in farmacia: conoscere meglio i preparati galenici topici

Un vero e proprio prontuario galenico contenente, per ogni preparazione, tutte le informazioni per una corretta realizzazione e utilizzazione del medicinale. Fornendo al farmacista gli strumenti per supportare le esigenze dello specialista e del paziente, che ricercano nella galenica soluzioni da integrare a terapie farmacologiche prodotte dall'industria, il libro costituisce un valido supporto professionale anche per tutti gli operatori sanitari e un ulteriore dispositivo per la salute dei cittadini. Frutto delle competenze e delle conoscenze di una rete di farmacisti ospedalieri esperti nel settore, di Società Scientifiche, quali Sifap e Sifo, di importanti centri di dermatologia come l'Istituto Dermatopatico dell'Immacolata, Irccs di Roma (Idi), nonché di Federfarma in rappresentanza delle farmacie di comunità, il volume è focalizzato sui preparati topici non sterili di comune utilizzo, sia per uso umano sia per uso veterinario, non preparati dall'industria farmaceutica.

In particolare, questo prontuario di galenica raccoglie formulazioni a uso topico, selezionate in funzione del concetto di non reperibilità in commercio di analoghi prodotti industriali e nel rispetto della normativa vigente. La raccolta dei preparati è stata coordinata a livello nazionale coinvolgendo farmacie specializzate in preparazioni galeniche.

La metodologia utilizzata per la scrittura del testo conferma che l'attività galenica, pur vedendo il farmacista in prima linea per le specifiche responsabilità professionali, non può prescindere dal coinvolge-

re, in team medici, veterinari e altre specifiche categorie sanitarie.

Questa pubblicazione nasce con lo scopo di rendere disponibili le informazioni necessarie all'allestimento di preparati topici di tradizionale uso ospedaliero a tutti i professionisti coinvolti nella gestione del medicinale. Tutte le preparazioni dermatologiche presenti nel manuale sono state accuratamente selezionate nel rispetto dell'art. 5 della Legge 8 aprile 1998, n. 94, nota come "Legge Di Bella"; inoltre è stata verificata la mancanza di analoghi prodotti registrati presenti nel mercato italiano. Tutto ciò al fine di rispettare il concetto di ricorrere all'allestimento dei medicinali in farmacia solo nei casi in cui non sia possibile trattare il paziente con prodotti di origine industriale. Le formulazioni presenti, elaborate dai professionisti che hanno preso parte a questo progetto, offrono una vasta panoramica delle esigenze cliniche dermatologiche, nate per lo più in ambito ospedaliero, ma che sempre più spesso sono richieste alle farmacie territoriali per l'uso domiciliare. I contenuti del libro sono suddivisi in due parti: preparazioni galeniche per uso umano e preparazioni galeniche per uso veterinario.

Ogni preparazione è presentata attraverso una scheda tecnica contenente la denominazione del medicinale, la sua composizione, le indicazioni per il confezionamento e la preparazione, l'attività terapeutica, le controindicazioni ecc.

Le preparazioni galeniche sono classificate in due categorie, magistrale e officinale, a seconda che vengano realizzate su

prescrizione del medico o in base alle indicazioni di una farmacopea dell'Unione Europea. In entrambi i casi, la qualità, l'efficacia e la sicurezza dei medicinali preparati dal farmacista non dipendono soltanto dalla sua professionalità, dalla sua competenza scientifica e dalla continua interazione con il medico prescrittore e con il paziente, ma anche dall'accurata organizzazione e dal costante controllo che il farmacista dedica al lavoro di preparazione del medicinale in tutte le fasi.



**Preparati galenici topici
non commercializzati**

**A cura di Fausto Bartolini,
Arturo Cavaliere
e Alessandro D'Arpino**

Presentazione di Laura Fabrizio

Prefazione di Annarosa Racca

Premessa di Sifap

192 pagine

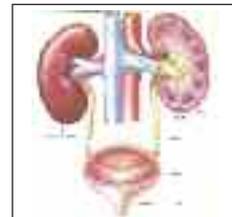
cinque notizie per cinque righe

a cura di Stefano Nobili

1- Device urologici: mercato in crescita

Una recente indagine ha ipotizzato che il mercato per i devices urologici salirà a 8.6 miliardi di dollari entro il 2022. Il dato per il 2011 era di 4.4 miliardi di dollari. Tale aumento di previsione, secondo i ricercatori di Visiogain, è legato a fattori demografici e nella ricerca e sviluppo di tecnologie chirurgiche minimamente invasive o non invasive nel campo urologico. Il mercato dei devices urologici comprende l'incontinenza urinaria, il cancro prostatico, l'ipb e la nefrolitiasi.

NewsWire - London 5, Nov 2012



2- Sei stressato: ecco l'orologio che te lo dice



Negli Usa è stato sviluppato un orologio che informa il suo utilizzatore del grado di stress in modo da consigliare di rallentare il ritmo. Pensato e costruito da un neuroscienziato e da un ingegnere, l'orologio (si chiama Bandu®) misura il sistema nervoso autonomo attraverso la conduttanza cutanea, i movimenti e la temperatura. Quando il soggetto che porta Bandu raggiunge un certo livello di stress, il device gli suggerisce di fermarsi.

Techcrunch.com/2012/10/05

3- ASA per la prevenzione della trombosi venosa e arteriosa

Si è sempre discusso dell'utilizzo di ASA nella prevenzione della trombosi venosa. Due recenti studi, il WAR-FASA e l'ASPIRE sono stati messi a confronto nel merito. Il suggerimento degli esperti è il seguente: prima di considerare la prescrizione di ASA per pazienti che hanno avuto una tromboembolia venosa (TEV), il paziente deve essere trattato almeno 3 mesi con un anticoagulante. Dopo questo tempo il passaggio a 100mg di ASA diminuisce di un terzo il rischio di TEV.

T.E. Warkentin, Nov 4, 2012/NEJM



4- I ragazzi hanno bisogno di almeno 7 minuti di attività fisica sostenuta al giorno

Secondo una ricerca dell'Università di Alberta in Canada, la quantità di tempo trascorsa dai ragazzi a guardare la televisione o leggere fumetti o comics necessita di contro di una quantità di tempo che va dai 5 ai 10 minuti al giorno dedicata ad una vigorosa attività fisica. Questo tempo calcolato con modelli matematici è fondamentale per prevenire sedentarietà, aumento di peso, obesità e le conseguenze negative sulla salute.

ScienceDaily (Nov. 9, 2012)

5- Infezioni e malattie autoimmuni

I ricercatori del Sydney's Garvan Institute of Medical Research hanno confermato il link che esiste tra le infezioni e lo scatenamento della risposta autoimmunitaria, processo ancor oggi non del tutto chiaro. La probabile spiegazione deriva dal fatto che quando un antigene target è localizzato in un tessuto o in un organo lontano da un centro germinale linfatico, i linfociti B reagiscono contro l'antigene producendo autoanticorpi.

ScienceDaily (Nov. 9, 2012)



Ogni settimana 5 notizie X 5 righe è su:

fn

FIMMG NOTIZIE

Un calcolo nascosto

Stefano Nobili*, Martina Amini**

La storia remota

Paziente di sesso femminile di 80 anni. In anamnesi da almeno trent'anni: dispepsia cronica, gastrite, sindrome ansiosa depressiva, in terapia con amisulpiride, IPP, sucralfato e diazepam gt AB. Tutto sommato, a parte l'essere una "frequent attender" dello studio del suo medico di famiglia, la paziente è in buone condizioni di salute, vive con la figlia, gioca a carte ed è di "buona forchetta". È anche vero che ha riacutizzazioni dispeptiche, ma racconta che questi episodi sono in relazione a forme d'ansia e anche a qualche piccolo "abuso" alimentare che si lascia scappare quando sta

particolarmente bene, per poi pagare il prezzo il giorno dopo. Ha eseguito un paio di gastroscopie negli ultimi 10 anni (diverticolo esofageo) e sempre in questo lasso di tempo alcune ecografie dell'addome completo che non hanno rilevato nulla di particolare salvo un fegato steatosico di grado moderato.

La storia recente

La paziente ha sofferto nell'ultimo anno di ricorrenti episodi di pirosi retrosternale (per l'ultimo si è recata in PS nel sospetto di angor, risultato negativo) risolti con terapia a base di sucralfato e IPP. Ha eseguito, un paio di mesi fa

un'ulteriore esofagogastroduodenoscopia che ha mostrato un "diverticolo esofageo al terzo inferiore, cardias ipocontinente, normalità della mucosa esofagea, gastrica e duodenale". Il suo medico le ha inoltre prescritto un'ecografia addominale che ha confermato il quadro di "steatosi epatica moderata, non dilatazioni delle vie biliari intra ed extraepatiche, colecisti normoconformata, non calcoli, pancreas ndp, milza nei limiti, presenza di cisti renale semplice destra di 7cm". Sono stati eseguiti anche i principali esami ematochimici (normali salvo VES 22 con PCR normale). La paziente ha voluto eseguire privata-

Janssen non farà valere nei Paesi poveri i diritti sul brevetto di un farmaco anti Hiv

Janssen, azienda farmaceutica del Gruppo Johnson & Johnson, ha annunciato la volontà di rinunciare a far valere i propri diritti brevettuali dell'antiretrovirale darunavir, a condizione che il farmaco generico corrispondente dia tutte le garanzie di sicurezza ed efficacia e venga impiegato esclusivamente in contesti in cui le risorse economiche siano limitate.

L'annuncio è volto a rassicurare i produttori di generici di darunavir di alta qualità dell'Africa Sub-Sahariana e dei Paesi meno sviluppati circa il rischio di essere accusati da Janssen di violazione dei propri diritti brevettuali su darunavir.

"Questa nuova politica - spiega l'azienda - anticipa un futuro aumento della necessità di generici di darunavir a prezzi accessibili per il trattamento di pazienti sieropositivi in contesti difficili, ed è in linea con l'attenzione che l'azienda dedica all'accesso ai farmaci in quei Paesi che hanno le più alte percentuali di infezione da Hiv e sono economicamente fragili".

"Siamo lieti di compiere questo passo importante

che avrà sicuramente un impatto positivo sulla salute di coloro che convivono con l'Hiv e si trovano in condizioni di necessità, aumentando l'accesso ai nostri farmaci", ha dichiarato Paul Stoffels, direttore scientifico e presidente mondiale per le attività farmaceutiche di Johnson & Johnson. "Nell'ambito di questo impegno, riteniamo che una strategia di effettivo accesso alle terapie comprenda la gestione responsabile dei diritti di proprietà intellettuale, senza che questi debbano costituire una barriera a un'offerta sostenibile dei generici di alta qualità di darunavir nei paesi più poveri del mondo".

L'azienda ricorda che permane la responsabilità dei produttori dei generici di alta qualità di ottenere le necessarie autorizzazioni dagli altri titolari di brevetti su darunavir e dalle Autorità Sanitarie, ove richieste. Janssen conclude spiegando che continuerà ad assicurare la disponibilità e l'uso adeguato del proprio farmaco darunavir nell'Africa Sub-Sahariana e nei Paesi Meno Sviluppati tramite gli accordi di licenza e le partnership in essere.

mente una visita cardiologica con ECG ed Ecocardiogramma, il tutto assolutamente normale.

La storia recentissima

Una mattina la figlia della paziente chiama il suo medico di fiducia riferendo che la madre lamentava da un paio d'ore dolori addominali abbastanza forti in ipocondrio e fianco destro, irradiati all'epigastrio e posteriormente. Non dispnea o vomito, non chiusura dell'alvo a feci o gas. Ben istruita sul da farsi, grazie ai suggerimenti del suo medico, aveva anche misurato la temperatura ascellare e rettale dalla quale era risultata una differenziale di 0.8° (37° ascellare, 37.8° rettale). La sera precedente la paziente aveva assunto un pasto leggero. Il medico suggerisce un antispastico e rimanda il da farsi alla visita domiciliare alcune ore dopo. All'EO, PA 150-90, fc 84r, torace ndp, SAT 98%, addome dolente sui quadranti destri specie in ipocondrio, Murphy positivo (!) e Blumberg dubbio. Temperatura differenziale aumentata a 1°, dolore riferito su scala VAS=7. Il medico è perplesso sul segno di Murphy positivo (in assenza di calcoli della colecisti, secondo l'ultima ecografia addominale), ma, notando in apparenza anche un sospetto lieve ittero scleral, propende per ricoverarla in PS.

In pronto soccorso

Al triage (codice giallo) la paziente presenta leucocitosi GB 10800), PCR 5.6, LDH 1200, GOT 380, GPT 1000, Bilirubina tot 3, diretta 2. L'ecografia addominale eseguita in PS è sovrapponibile a quella di un paio di mesi prima (colecisti apparentemente alitiasica, non dilatazione delle vie biliari). Torace, ECG, ecocardiogramma ndp.



In reparto

Poche ore dopo viene trasferita in reparto. Gli esami della sera mostrano GB 14000, bilirubina tot 4.8, diretta 3, GOT 300, GPT 380, ALP 230, GGT 1200, LDH 790, PCR 12, HBsAg e HCV neg. Procalcitonina 33 (!) (2). La paziente viene messa in terapia con ciprofloxacina e ceftriaxone.

Durante la degenza, la paziente presenta sempre sintomatologia dispeptica ed epigastralgia. Viene quindi rieseguita ecografia addominale (idem come le precedenti), valutazione cardiologica (ndp) e TC addominale cmc che mostra lieve ectasia del coledoco. La paziente viene quindi esaminata con Colangio RM che mostra: coledoco di 1cm; al 3' distale difetto di riempimento di 14x7mm per formazione litiasica endo-

coledocica (1). Collateralmente si segnala adenomioma del fondo della colecisti di 3mm. Il pancreas presenta lieve dilatazione dei dotti pancreatici come da pancreatite cronica e cisti della testa pancreatico di 16x14mm.

Viene quindi eseguita ERCP: vie biliari leggermente dilatate con difetto di riempimento nel coledoco distale per calcolo. Si esegue sfinterotomia e passaggio con Fogarty con fuoruscita di calcolo, poi di sludge quindi di bile limpida.

La paziente migliora rapidamente e alla dimissione dopo alcuni giorni gli esami sono: PCR 0.5, GOT 40, GPT 75, ALP 230, GGT 700, Bilirubina tot 1.3, diretta 0.6.

La terapia suggerita è: pantoprazolo 20mg prima di colazione, domperidone 10mg prima dei pasti, diazepam gt AB, acido ursodesossicolico 300mg ai due pasti principali, amoxicillina+ac. clavulanico 1x2 per 10gg. Dieta priva di grassi; evitare insaccati, formaggi, fritti, condimenti e alcolici.

A 30gg dalla dimissione gli esami di controllo sono sostanzialmente normali e la sintomatologia è decisamente migliorata. La paziente segue terapia indicata. I controlli ematochimici ed ecografici del follow up sono normali.

Breve commento

1) Secondo quanto riportato da Medscape.com, viene sottolineata la quasi totale asintomaticità della coledocolitiasi. Nel 7% i calcoli sono ritrovati accidentalmente durante una colecistectomia e nell'1% delle autopsie nei soggetti con più di 60 anni. La sintomatologia dipende dal livello di ostruzione e dalla presenza o assenza di infezione biliare. In questi casi è controversa la colecistectomia per questi pazienti, sebbene alcuni chirurghi la suggeriscano.

2) La procalcitonina è un peptide sintetizzato dal fegato. Aumenta nelle infezioni batteriche ed è dotato di alta sensibilità e di economicità di costo. Può essere considerato un marker di infezione acuta (Luzzani et al, Cr Care Med: June 2003 - Vol 31 - pp 1737-1741. Elefsiniotis et al, Eur J of Gastroenterology & Hepatology: May 2006 - Vol 18 - pp 525-530).

*mmg, Fimmg Milano

**medico in formazione



**Paziente di sesso femminile di 80 anni.
In anamnesi da almeno trent'anni: dispepsia
cronica, gastrite, sindrome ansioso
depressiva, in terapia con amisulpiride, IPP,
sucralfato e diazepam gt AB**

Gli indicatori di malnutrizione ed il protocollo Scales.

L'alimentazione orale

Antonio Pio D'Ingianna*

Gli over 65 rappresentano circa il 20,1% della popolazione italiana ed il 50% di essi presenta un normopeso (Rapporto Osservasalute 2010). Il 2-16% tra quelli che vivono al proprio domicilio presenta uno stato di malnutrizione, che sale al 35-55% per quelli ospedalizzati e fino al 70% per quelli istituzionalizzati. La piramide per genere ed età, in Italia, sembra più una anfora, mentre la distribuzione regionale degli over 65 vede al 1° posto la Liguria. La loro alimentazione corretta, secondo le linee guida dell'INRAN 2011, che danno anche importanti consigli e raccomandazioni, non differisce qualitativamente da quella del giovane adulto, mentre il fabbisogno calorico giornaliero, in mancanza di una particolare attività motoria, tra i 60-74 anni, si attesta tra le 1900-2250 Kcal. per l'uomo e le 1600-1900 Kcal. per la donna.

Gli strumenti di cui disponiamo per la valutazione nutrizionale sono: l'anamnesi generale e alimentare; la valutazione clinica; lo studio della composizione corporea (BIA; DEXA; TAC; misure

antropometriche); i test funzionali ed i parametri biochimici.

Prima di passare, però, ad una vera valutazione nutrizionale, possiamo fare uno screening, usando particolari test, come il M.U.S.T. (Malnutrition Universal Screening Tool) o il M.N.A. (Mini Nutritional Assessment) che è anche test valutativo e specifico per gli anziani. Tali test, tengono conto essenzialmente del BMI e del calo ponderale negli ultimi 3-6 mesi, indagando anche sulla presenza o meno di patologie acute e sulla perdita di appetito e della mobilità, esprimendo un punteggio (score) che permette di distinguere il paziente anziano a rischio di malnutrizione dagli altri.

Una valutazione del rischio di malnutrizione si può fare anche utilizzando il Protocollo Scales, che tiene conto soprattutto della presenza o meno di depressione nel soggetto, attraverso il Yesavage Geriatric Depression Scale, e della sua autonomia nel prepararsi e mangiare i cibi, e di alcuni parametri biochimici, indicativi di malnutrizione (albuminemia e colesterolemia).

La tabella successiva mostra i parametri suggeriti dalla SINPE

Come indicare una dieta adeguata

Per una rapida stima del fabbisogno calorico si può utilizzare la formula:

Peso ideale x 25 = XXXX Kcal.

(si può anche moltiplicare per 35 o 45, a seconda della condizione di stress "metabolico" che si presume abbia o debba sopportare il nostro paziente che si alimenta per via orale; ricordo che in caso di nutrizione artificiale viene consigliato di non superare le 35 Kcal x peso ideale).

Come prescrivere la opportuna dieta?

Se il nostro paziente anziano riesce ad alimentarsi normalmente per via orale, allora possiamo utilizzare il nostro programma esperto Fimmg

(http://alimentazione.fimmg.org/dieta_online.html), partendo da quello che dovrebbe essere il suo peso ideale o desiderabile e moltiplicandolo per 25 o 35 o 45. Il valore ottenuto ci permette di adottare una dieta ben "equilibrata" per il nostro paziente, suggerendo, poi, tutte le raccomandazioni che l'INRAN prescrive per l'anziano (come cucinare; come rendere più gustoso il pranzo; etc.)

Se così facendo, il nostro paziente, per vari motivi, non riesce ad introitare, per via orale, un apporto alimentare > 50% del suo fabbisogno giornaliero, allora bisogna passare alla Nutrizione Artificiale Domiciliare.

(Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo) per una valutazione nutrizionale, con la precisazione che “nessuno dei parametri utilizzati per la valutazione dello stato di nutrizione e/o dei suoi cambiamenti nel tempo, è di per sé un indicatore puro dello stato di nutrizione, potendo i valori di questi parametri essere influenzati da una serie di variabili non nutrizionali”. Per il peso corporeo, che di per sé non fornisce informazioni sulla variazione dei vari componenti corporei (grasso, muscolo, ac-

che valutano lo spessore del tessuto adiposo); del demispan, che rappresenta la lunghezza, espressa in centimetri, dell’arto superiore dx portato in orizzontale, misurando con un metro a nastro la distanza tra la base del dito medio e anulare e il punto medio dell’incavo sternale.

La sensibilità dei vari parametri antropometrici è diversa e aumenta passando dalla plicometria, alla misurazione della circonferenza degli arti ed al BMI, alla BIA (impedenziometria), fino

ad arrivare alla DEXA ed alla TAC che risultano esami di sensibilità assai elevata ma anche di alto costo e, quindi, non facilmente utilizzabili per questi scopi.

Allo stesso modo i parametri biomorali considerati in tabella, hanno un grado di sensibilità medio-alto, anche se non sono indici specifici dello stato di nutrizione, potendo essere modificate dalla patologia di base o da svariate situazioni cliniche. Tali proteine plasmatiche, ben interpretate, possono essere utilizzate per quantificare il grado di malnutrizione o monitorarne l’evoluzione in corso di trattamento nutrizionale, anche per il loro costo non eccessivo. Hanno un turnover diverso, tra loro, e quindi possono monitorare una malnutrizione e la sua eventuale

terapia nel breve periodo (transferrina; pre-albumina) o nel medio periodo (albumina).

Dopo la valutazione nutrizionale passeremo a fare una valutazione del bilancio energetico del nostro paziente anziano e precisamente, effettueremo prima una valutazione dell’introito calorico, con l’anamnesi o il diario alimentare, servendoci di personale esperto, quindi una valutazione del dispendio energetico.

**Simpesv (Società italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita)*

Parametri per la valutazione nutrizionale			
PARAMETRO	LIEVE	MODERATA	GRAVE
Parametri antropometrici			
Calo ponderale (su peso abituale*)	5 – 10 %	11 – 20 %	> 20 %
BMI (kg/m ²)	18,4 – 17	16,9 – 16	< 16
Indice creatinina/altezza	99 – 80	79 – 60	< 60
Parametri biochimici e immunologici			
Albumina (g/dL)	3,5 – 3,0	2,9 – 2,5	< 2,5
Transferrina (mg/dL)	200 – 150	149 – 100	< 100
Prealbumina (mg/dL)	22 – 18	17 – 10	< 10
Proteina legante il retinolo - RBP (mg/dL)	2,9 – 2,5	2,4 – 2,1	< 2,1
Linfociti / mm ³	1500 – 1200	1100 – 800	< 800
* Quando non disponibile il peso abituale ci si può riferire al peso ideale			
Calo ponderale (su peso ideale)	10 – 20 %	21 – 40 %	> 40 %

qua), bisogna conoscere quello “ricordato” o abituale del paziente nell’ultimo mese, quindi misurare o calcolare il peso attuale e comparare il peso attuale con quello “abituale” o quello “ideale” per il nostro paziente anziano.

Se il soggetto sta in piedi non avremo problemi ad usare uno stamometro ed una bilancia, mentre se è allettato, possiamo usare delle formule per la stima del peso e dell’altezza, che tengono conto dell’età; della misura della circonferenza del braccio e del polpaccio (che valutano la distribuzione del tessuto adiposo); dell’altezza del ginocchio; delle pliche (sottoscapolare e tricipitale,

PROFIM®

Medicina Generale

drCLOUD

Healthcare Network Solutions

La nuvola che migliora
il tuo tempo.



Synchronizing Healthcare



CompuGroup
Medical

Cartella clinica. Supporto decisionale.
Risk management. Governance.

PROFIM è il software per il Medico di Medicina Generale al vertice dell'offerta nazionale. Soluzione consolidata, evoluta, completa e sicura, ti supporta ogni giorno nella tua professione, lasciandoti più tempo a disposizione per la cura dei tuoi assistiti e più tempo per te stesso. Le cose che più contano.

PROFIM è un software di CompuGroup Medical, l'unico network internazionale che può contare oltre 385.000 medici clienti in 34 differenti Paesi nel mondo. Un'ulteriore garanzia di sviluppo e di comunicazione integrata.

PROFIM è ora integrato con:

CGM DOCUMENTS

Medical Information System

Software professionale di archiviazione multimediale della documentazione dei pazienti.

CGM LIFE eSERVICES

Salute Online

Piattaforma di comunicazione online per lo scambio di informazioni tra medici e pazienti.



- + Professionalità
- + Integrazione
- + Sicurezza
- + Conoscenza

Numero Verde
800.011.781

www.profimweb.it