



AVVENIRE MEDICO

- ATTUALITÀ** Gli effetti della manovra economica sulla sanità / 4
ATTUALITÀ Oltre Lampedusa: la sanità in una prospettiva mediterranea / 10
FIMMG PROGETTO GIOVANI I lavori premiati nell'incontro di Roma / 13
SCUOLA DI MEDICINA DEGLI STILI DI VITA Pronto un ddl per affrontare i disturbi alimentari / 25



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale,
Medici di Famiglia,
Medici Continuità Assistenziale,
Medici Emergenza Sanitaria
e Medici Dirigenza Territoriale

6-7-11

N. 6-7 - 2011
MENSILE XLIX ANNO

EDITORIALE

La vita difficile del giovane mmg

Tommasa Maio
Responsabile Fimmg
Progetto Giovani

La prima edizione del concorso Fimmg Progetto Giovani si è appena conclusa, con una giornata di premiazioni e di confronto, emozionante e intensa, di cui diamo sintesi nelle pagine interne del giornale. Ma cosa dicono questi giovani colleghi al sindacato? Innanzi tutto pongono con forza le molte criticità del percorso di formazione e poi di accesso al ruolo. I bandi di concorso per il corso di formazione specifica in MG prevedono 830 borse per il 2011. Ma quanti dei medici ammessi decideranno di completare il percorso? Il corso di laurea offre l'opportunità di conoscere la MG solo durante il tirocinio, quando il giovane ha già sviluppato un orientamento; il test di ammissione al corso di formazione specifica in MG avviene in una data diversa da quello delle altre specialità. Può dunque accadere che il medico in formazione decida di concorrere per un'altra specialità, abbandonando quindi il corso quando non è più possibile recuperare al suo posto un medico

escluso. Si formeranno mmg in numero inferiore a quello programmato e il sistema regionale perderà l'investimento rivolto a formare un mmg. E chi resta deve confrontarsi subito con la disparità d'investimenti tra ospedale e territorio: mentre la borsa di studio per uno specializzando prevede circa 1600 euro/mese quella di un formando in Medicina Generale solo 850 euro/mese. Sottratte le spese per RC professionale, assicurazione malattia ed infortunio, Enpam, iscrizione all'Ordine si arriva ad un reddito lordo totale di euro 693/mese, di poco superiore ai 561,95 euro/mese che l'Istat definisce soglia di povertà per nuclei familiari formati da un solo individuo. Acquisito il titolo, i problemi non finiscono. L'apparente vantaggio temporale determinato dalla minore durata del corso rispetto alle scuole di specializzazione viene annullato dagli obsoleti meccanismi di immissione in ruolo. Sono necessari, sulla base della sola scansione temporale dei passaggi imposti dall'Acn, ben 5 anni

dall'ammissione al corso al momento in cui il medico potrà concorrere all'acquisizione di un ambito di Medicina Generale. Se poi il medico è una donna (e dai nostri dati il 68% dei medici in formazione lo è) ed affronta una gravidanza durante questo periodo, si ha la perdita netta di un ulteriore anno a fronte di una interruzione per maternità di soli 5 mesi. La situazione appare ancor più paradossale se si considera che, mentre i giovani neoformati devono attendere due anni prima di poter accedere alla convenzione, nelle regioni del nord il 50% degli ambiti di CA rimane privo di assegnazione di titolarità per la mancanza di medici. Cercare una soluzione a queste criticità è tema ben presente nell'agenda della Fimmg, come ha ricordato Giacomo Milillo alla platea del Progetto Giovani, e ancor più dovrà esserlo nei mesi a venire. Anche perché potremo contare sullo straordinario entusiasmo che queste ragazze e questi ragazzi hanno mostrato di avere. Difficile la vita del giovane mmg, ma piena di passione.

*Camera e Senato
approvano in tempi record*

La sanità nella manovra economica

■ ■ Una manovra dura, approvata a tempo di record dopo l'appello del Presidente Napolitano, per scongiurare i rischi della crisi economica internazionale. La Fimmg, con le altre principali sigle sindacali del mondo medico, partecipa agli Stati Generali della Sanità convocati per il 21 luglio a Roma, per chiedere che sia salvaguardato il Ssn, trovando soluzioni condivise in vista dei provvedimenti attuativi della manovra

Una manovra durissima, che complessivamente vale circa 51 miliardi di euro. Necessaria, come hanno convenuto

tutti, per mettere il Paese al sicuro dal rischio di default, ma nel merito della quale da più parti si sono levate critiche.

66° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG METIS DAL 3 ALL'8 OTTOBRE A VILLASIMIUS

"La medicina generale nel terzo millennio". Questo il titolo scelto per il 66° Congresso nazionale Fimmg-Metis, che si svolgerà nello scenario me-

raviglioso del Tanka Village di Villasimius. Un titolo che guarda ambiziosamente al futuro, e proprio al futuro e ai giovani è dedicata infatti la giornata di apertura del Congresso, appunto il 3 ottobre. Seguiranno poi dibattiti sull'organizzazione dell'assistenza territoriale alla cronicità, sugli strumenti diagnostici innovativi al servizio della medicina generale, alle reti integrate territoriali. Moltissimi i workshop che si svolgeranno prevalentemente nelle ore pomeridiane.

Il programma dei lavori, ancora in via di definizione, è continuamente aggiornato sul sito nazionale Fimmg: www.fimmg.org. Sempre attraverso il sito è possibile iscriversi per partecipare al Congresso.



Per la sanità, molte delle scelte indicate nella manovra rinviano ad un nuovo Patto per la Salute, da stipularsi tra Governo e Regioni entro il 30 aprile 2012. In sostanza, il Governo indica quali provvedimenti intende prendere (e quali risultati economici devono produrre), ma questi scatteranno solo se non si arriverà a definire il Patto con le Regioni che, mantenendo invariati i saldi, potrebbe indicare scelte diverse. Con questa premessa, diamo una stringatissima sintesi dei provvedimenti di interesse per la sanità contenuti nella manovra economica varata dal Senato il 15 luglio scorso.

Finanziamento del Ssn (art. 17, comma 1)

Il livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato viene incrementato dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014, fissando così il tetto massimo al quale potrà arrivare il finanziamento nei primi due anni di applicazione dei costi standard sanitari che, lo ricordiamo, scatteranno proprio a partire dal 2013.

Suddivisione dei risparmi (art. 17, comma 2)

Qualora non si dovesse raggiungere un'Intesa tra Stato e Regioni, la manovra specifica le quote percentuali e le aree di risparmio.

Per il 2013, il 30% dei risparmi si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 40% dagli interventi sulla spesa farmaceutica, un altro 30% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici;

Per il 2014, i nuovi ticket che dovranno da soli garantire il 40% dei risparmi. Per il resto il 22% si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 20% dagli interventi sulla spesa della farmaceutica territoriale, il 15% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici e il restante 3% da altre misure sul personale.

Costi standardizzati per i beni e servizi (art. 17, comma 1, lettera a)

Nelle more del perfezionamento dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura, saranno fissati prezzi di riferimento per tutti i beni e i servizi sanitari e non sanitari individuati

dall'Agenas tra quelli di maggiore impatto economico.

Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale

(art. 17, comma 1, lettera b)

Entro il 30 giugno 2012 dovrà essere emanato un regolamento, su proposta del Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze, che definisca le procedure per porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale sfioramento del tetto di spesa nella misura massima del 35% (oggi lo sfioramento della farmaceutica ospedaliera è totalmente a carico delle Regioni). Qualora entro questa data il regolamento non sia emanato l'Aifa, dovrà provvedere a riesaminare l'attuale tetto sulla spesa farmaceutica territoriale rideterminandone l'incidenza percentuale al 12,5% della spesa complessiva, anziché al 13,3% dell'attuale tetto.

Tetto di spesa per i dispositivi medici e le protesi

(art. 17, comma 1, lettera c)

In attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni, sarà inserito, a decorrere dal 1 gennaio 2013, anche un tetto di spesa massima pari al 5,2% della spesa complessiva per l'acquisto dei dispositivi medici e per le protesi sanitarie a carico del Ssn.

Nuovi ticket dal 2014, ma il ticket di 10 euro sulla specialistica scatta subito

(art. 17, comma 1, lettera d e comma 6)

A partire dal 2014 è prevista l'introduzione di nuovi ticket sia sulla farmaceutica che sulle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Questi nuovi ticket saranno aggiuntivi a quelli già esistenti (36,15 euro sulle prestazioni specialistiche, 25 euro per codici bianchi in Pronto Soccorso, farmaci). Ma già dal 18 luglio, con l'entrata in vigore della manovra, tornerà operativo il ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, inserito nel 2007, ma mai applicato essendone stata fino ad ora garantita la copertura degli

oneri da parte dello Stato. Sempre che le Regioni non decidano di coprirlo in altro modo.

Accertamenti medico legali per assenza da malattie

(art. 17, comma 5)

La manovra conferma la destinazione di 70 milioni annui per il 2011 e 2012 per le visite di controllo ai lavoratori assenti per malattia da parte delle Asl. Dal 2013, tale somma entrerà a regime e sarà quindi decurtata dalla somma complessiva dei finanziamenti per il Ssn.

Norme sul personale del Ssn (art.16 sul pubblico impiego)

Permane l'incertezza interpretativa sull'applicazione anche alle Regioni non sottoposte al piano di rientro della proroga fino a tutto il 2014 del blocco del turn over, previsto per le amministrazioni pubbliche. Secondo i sindacati di categoria, infatti, la norma così come scritta lascia forti dubbi interpretativi. Secondo il ministro della Salute, invece, la manovra non prevede alcun bloc-

co del turn over per il Ssn, tranne che per le Regioni sottoposte a piano di rientro.

La manovra prevede inoltre che le norme riguardanti il pubblico impiego con riferimento al personale dipendente del Ssn dipendente si applichino anche al personale convenzionato. Obiettivo, per tutto il settore della pubblica amministrazione, è quello di un'ulteriore riduzione della spesa di 30 milioni per il 2013, di 740 per il 2014, di 340 per il 2015 e di 370 a decorrere dal 2016.

Liberalizzazione dei servizi: le professioni sanitarie non saranno toccate

(art. 29, comma 2)

Tutte le professioni per il cui accesso è necessario l'esame di Stato (e quindi tutte quelle sanitarie) saranno escluse dai provvedimenti di liberalizzazione dei servizi e delle attività economiche e saranno invece oggetto di specifiche proposte alle categorie interessate da parte del Governo.

ATT

www.epatiteb.info

Informazioni sull'epatite B
disponibili in 11 lingue



È un'iniziativa
Bristol-Myers Squibb

AGENZIA FINANZIARIA Club

LA CESSIONE DEL V DELLO STIPENDIO

Per medici di base, ospedalieri, pediatri, ambulatoriali e pensionati

Per te



FINO A
100.000 euro

TAN e TAEG convenzionata

Importo erogabile
fino a 100 mila euro

Raccolta dei documenti personali
sul posto di lavoro, presso lo studio e presso
la ASL di riferimento

Assistenza Club Medici durante l'iter del
finanziamento fino all'erogazione.

MUTUI CASA AGEVOLATI

Le migliori convenzioni
nel settore sanitario



Il Club Medici garantisce

Scelta dell'istituto bancario che offre la
convenzione più competitiva nel settore
sanitario

Preventivazione dettagliata e completa in
ogni sua parte (tassi, rata, piano di
ammortamento, spese, polizze richieste
etc.) inviata tramite e-mail o fax

Individuazione della sportella bancario
convenzionata territorialmente più vicina al
socio.

AGENZIA ASSICURATIVA Club

CONVENZIONE

per la copertura
delle spese sanitarie



MASSIMALE
per singolo - per nucleo
€ 206.582,76

Contributo sociale mensile 2011	
UNICILI	€ 871,00
TALUCCI	€ 978,25

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA **SANINT - ASSIDIM**

Consulenza e assistenza Club

Ricovero in istituti di cura con e senza
intervento chirurgico

- la Cassa paga direttamente in caso di
assistenza diretta.

Medicina preventiva

- la Cassa rimborsa le spese sostenute per varie
prestazioni le cui voci sono elencate nel contratto.

Specialistico extra-ospedaliero

- la Cassa rimborsa le spese sostenute per
innumerevoli prestazioni sanitarie e specialistiche
le cui voci sono elencate nel contratto.

Per aderire NON si richiede

- dichiarazione sullo stato di salute;
- questionario anamnestico da compilare;
- periodo di carenza per l'attivazione delle garanzie.

scadenza: 31/12 di ogni anno,
durata della convenzione: annuale

Le informazioni e i servizi sono a disposizione del Club Medici presso tutti i punti di vendita e presso il Call Center. Per informazioni e richieste di servizio, chiamare il numero verde 800 11 7711 - oppure il fax, negli orari di ufficio, al numero 06 8607891.

Area Blu

Via G. Marconi 10 Parma
info@clubmedici.it

chiamata
06 8607891

Area Verde

Centro Direzionale Isola ES
Palazzo Arca Napoli
area@clubmedici.it

diaria
081 7879520

al Club Medici
tutti i giorni è un...

OpenDay

i nostri funzionari
sono a tua completa
disposizione



ATTUALITÀ

*Gli attacchi calunniosi
all'Ente di previdenza dei medici*

Milillo: "Fimmg è al fianco di Enpam"

"Ci troviamo di fronte a un ripetuto attacco all'Enpam e agli interessi previdenziali dei medici. Esprimiamo il pieno sostegno della Fimmg all'Ente, bersaglio da settimane di notizie false su presunte difficoltà finanziarie e irregolarità di bilancio, oltre che di calunnie nei confronti di suoi componenti". Così, in un comunicato rivolto alla stampa, Giacomo Milillo ha preso posizione in merito alla vicenda che ha trascinato sulle pagine dei quotidiani l'Enpam. "Ci sono forze interessate che alimentano queste false informazioni per un proprio tornaconto – ha detto

ancora Milillo – Non escludiamo che l'intera categoria medica possa essere chiamata a una mobilitazione in difesa dell'Enpam e dei propri interessi previdenziali".

Intanto, il CdA dell'Enpam ha approvato la nuova strategia di investimenti, che segue le indicazioni del prestigioso economista Mario Monti e che riduce la presenza di consulenze esterne. "Questo nuovo modello mette la previdenza al centro delle scelte di investimento – ha spiegato il vicepresidente vicario dell'ente Alberto Oliveti – perché deve essere chiaro che l'Enpam non è una società finanziaria e che tutti gli investimenti

saranno improntati alla massima prudenza".

I rappresentanti della Fondazione sono anche stati ascoltati in audizione presso la Commissione bicamerale di controllo sugli enti previdenziali. I rappresentanti della Cassa dei medici e degli odontoiatri hanno confermato l'impegno dell'Enpam nel raggiungere l'equilibrio dei 30 anni, che non c'è ancora non perché i conti della Fondazione siano peggiorati (sono anzi migliorati) ma perché la politica nel 2007 ha cambiato le regole.

"L'Enpam – si legge in un comunicato diffuso dopo l'audizione – chiede al Governo e al Parlamento di riconoscere la sua peculiarità, in quanto le entrate della Cassa dei medici derivano per due terzi da convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, il cui rinnovo è attualmente bloccato. Il regime di convenzione fa anche sì che i camici bianchi, a differenza degli altri professionisti, non potranno beneficiare di contributi integrativi a carico del cliente, come previsto dalla legge Lo Presti approvata pochi giorni fa. La Fondazione chiede quindi che le sia concesso un regime transitorio per raggiungere i previsti 30 anni di equilibrio con riforme graduali che non penalizzino la categoria dei medici e degli odontoiatri".

ATT

LE NEWS

Confermato Venesia alla segreteria Fimmg Torino

Si è tenuta lo scorso 8 luglio la votazione delle cariche nel Consiglio Direttivo della sezione provinciale Fimmg di Torino. Per il quadriennio 2011-2015 la segreteria risulta dunque così composta: Roberto Venesia è stato confermato con ampio consenso segretario generale provinciale, Aldo Mozzone, vicesegretario provinciale, Vincenzo Ciccarella, tesoriere provinciale. La segreteria è inoltre composta da Domenico Colino, Ruggero Fassone e Marco Morgando.

LE NEWS

A Ferrara rinnovi ai vertici della sezione Fimmg e Fimmg C.A.

L'8 giugno scorso sono stati votati gli organi statutari della sezione provinciale Fimmg di Ferrara. Vita Natale è stata eletta presidente, Claudio Casaroli segretario generale, Andrea Fiorini vicesegretario vicario, Gaetano Marinelli vicesegretario, Andrea Antonioni segretario amministrativo, Riccardo Finessi segretario organizzativo.

Il Consiglio provinciale comprende inoltre Lucia Benini, Annalisa Cemerani, Giorgio Carrà, Aldo Ceccoli, Ettore Ferroni, Lorenzo Gallerani, An-

LE NEWS

drea Masini, Pierpaolo Mazzucchelli, Daniela Michelini, Franco Miola, Mauro Navarra, Gian Pietro Sivieri, Sandro Tamisari.

Eletti anche i componenti del Collegio dei revisori dei conti: Stefano Bonzagni, Stefano Marmini, Patrizia Masperi e Antonio Gallerani (supplente).

Infine eletto il Collegio dei probiviri, di cui fanno parte: Giorgio Bacilieri, Pier Luigi Lisco e Oscar Ungarelli.

Nello stesso giorno si sono svolte anche le elezioni per il rinnovo del Consiglio direttivo della sezione di Ferrara di Fimmg C.A., che risulta così composto: segretario provinciale è Luca Catapano, vicesegretario Rolando Mantovano e tesoriere Renza Realdini.

Una rete di garanzie per gli investimenti dei professionisti

La medicina generale e il sistema Confidi

di Paolo Giarrusso

■ ■ Il 15 giugno 2011 le Commissioni riunite di Camera e Senato hanno approvato gli emendamenti al Decreto Legge sviluppo per permettere anche ai liberi professionisti di poter accedere al sistema dei Confidi. “Fino a oggi il sistema dei Confidi ha coperto tutti i settori economici del nostro Paese, ma non quello delle professioni – evidenzia *Gaetano Stella*, presidente di Confprofessioni (a cui Fimmg aderisce per l’area sanitaria) – e avere sanato una tale ingiustizia è fonte di viva soddisfazione per la vasta categoria dei liberi professionisti”.

COS'È IL SISTEMA CONFIDI?

I Consorzi di garanzia collettiva fidi (Confidi) svolgono attività di prestazione di garanzie per agevolare le imprese nell’accesso ai finanziamenti, a breve medio e lungo termine, destinati allo sviluppo delle attività economiche e produttive. I Confidi nascono come espressione delle associazioni di categoria nei comparti dell’industria, del commercio, dell’artigianato e dell’agricoltura, basandosi su principi di mutualità e solidarietà. I primi consorzi fidi, o cooperative di garanzia, vengono costituiti già nel 1956 per facilitare l’accesso al credito alle piccole imprese. Successivamente, anche grazie ad incentivazioni regionali, vengono costituiti diversi organismi di garanzia, principalmente nell’artigianato ma anche nei comparti della piccola media impresa e dell’industria. I Confidi dunque sono organismi, aventi struttura cooperativa o consortile, che esercitano in forma mutualistica attività di garanzia collettiva dei finanziamenti in favore delle imprese socie o consorziate.

I Confidi possono essere di primo e secondo grado. I Confidi di primo grado sono costituiti dalle piccole e medie imprese, mentre quelli di secondo grado riuniscono i Confidi di primo grado con lo scopo principale di fornire

una ulteriore garanzia. Questo sistema facilita l’accesso al credito bancario delle Piccole medie imprese, aumentando anche il potere contrattuale delle stesse imprese che richiedono finanziamenti. In estrema sintesi l’intervento dei Confidi può essere ricondotto a due modalità di base:

- la concessione di garanzie di tipo personale (fideiussioni);
- la costituzione di una somma di denaro (“garanzia monetaria”) a copertura di una quota delle perdite sop-

portate dalla banca finanziatrice su un insieme di crediti, a motivo del mancato pagamento di una piccola o media impresa, fino a esaurimento del plafond messo a disposizione.

Confidi interviene, tipicamente, al momento del mancato pagamento del debitore originario attraverso la corresponsione di una somma in acconto, salvo stabilire un conguaglio al termine delle procedure esecutive.

CONFIDI PER I PROFESSIONISTI MEDICI

Con il decreto approvato a giugno, anche i liberi professionisti potranno costituire Confidi, opportunità che fino ad oggi era appannaggio solo delle piccole e medie imprese industriali, commerciali, turistiche e di servizi, nonché delle imprese artigiane e agricole. Per il mondo della libera professione si tratta di una novità assoluta. L’intero comparto potrà infatti accedere al credito agevolato e alle garanzie che saranno poste in essere dai consorzi costituiti dalle stesse associazioni dei liberi professionisti.

Questa possibilità si apre anche per noi medici, che fino ad oggi ci siamo interessati poco alle questioni finanziarie ma che oggi, grazie a Confprofessioni, possiamo avvicinarci in sicurezza a questo mondo. Anche perché la riorganizzazione delle cure primarie (sia in forma di associazione, Utap, Casa della salute o Uccp) avrà sicuramente bisogno di investimenti e finanziamenti a credito agevolato per realizzare quanto già previsto dall’Acn e dai vari Accordi integrativi regionali. **ATT**

IL PROGETTO VALORE PROFESSIONI

Ricordiamo che la nostra adesione a Confprofessioni permette ai liberi professionisti Fimmg di usufruire del piano nazionale di UniCredit “VALORE PROFESSIONI”, secondo l’accordo firmato a Roma il 28 ottobre 2010 che promuove l’alleanza tra Confprofessioni e UniCredit per sostenere e promuovere il mondo delle libere professioni. Il progetto Valore Professioni, nato con l’obiettivo di fornire soluzioni finanziarie calibrate sulle esigenze dei professionisti e degli studi professionali, mette a disposizione un plafond di 500 milioni di euro per supportare le attività correnti di investi-

mento, attraverso innovative e vantaggiose soluzioni ad hoc per tutti i professionisti e gli studi aderenti al sistema Confprofessioni. Sarà sufficiente l’iscrizione a un albo professionale per avere facilitazioni nell’accesso al credito, senza ulteriori garanzie. Un segnale di fiducia di UniCredit verso il mondo dei liberi professionisti che oggi conta oltre 2 milioni di iscritti a Ordini con una crescente presenza femminile e una quota consistente di giovani professionisti under 40. Per ulteriori informazioni consultare il sito www.confprofessioni.eu o rivolgersi alla più vicina filiale di Unicredit.

Un convegno a Taormina per parlare di Salute e Migranti

di Eva Antoniotti

La sanità vista dal Mediterraneo

■ ■ Un confronto tra medici provenienti anche dai Paesi del Nord Africa, per capire come affrontare la realtà sanitaria legata

all'immigrazione: dal diritto alla salute per i migranti, alla necessità di una formazione specifica per gli operatori, ai cambiamenti

epidemiologici. Milillo: "Nelle forme associate della medicina generale deve esserci chi approfondisce questi temi"

Il Convegno *Salute e Migranti*, che si è svolto a Taormina il 16, 17 e 18 giugno, organizzato dall'Omceo di Messina, è stata una straordinaria occasione d'incontro per tutte le donne e gli uomini che si occupano di salute sulle sponde del Me-

diterraneo, con un programma fittissimo di relazioni che hanno occupato due intere giornate di lavoro, precedute da un giorno dedicato a workshop tematici.

Due i temi centrali del Convegno: la formazione dei medici e del per-

sonale sanitario in tutti i Paesi del mediterraneo, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e i cambiamenti epidemiologici prodotti dalle migrazioni, che dovranno appunto essere tra i temi della formazione.

IL MEDICO DI LAMPEDUSA

Nel dibattito a Taormina è emersa una valutazione sostanzialmente positiva della risposta sanitaria messa in campo a Lampedusa. La struttura sanitaria esistente sull'isola, rafforzata in modo significativo nei mesi dell'emergenza grazie all'impegno dell'assessorato alla sanità siciliano, ha messo a punto un "protocollo" capace di garantire ai circa 40mila migranti giunti sull'isola una prima assistenza efficace. Responsabile del presidio è Pietro Bartolo, nato a Lampedusa e da anni medico sulla sua isola. A Taormina Bartolo ha ricevuto il premio "Nunzio Romeo", assegnato dall'Omceo di Messina a chi onora la professione medica.

Dottor Bartolo, quanti medici ci sono a Lampedusa?

Adesso ci sono circa 20 persone per turno, tra medici - 4 medici di base, una pediatra, un medico di pronto Soccorso, due medici di guardia medica, un rianimatore, un cardiologo, una ginecologa -, infermieri e autisti, sempre pronti nelle 24 ore, dopo l'intervento dell'assessore Russo, che attraverso la Asp di Palermo, da marzo ha quasi triplicato le forze a dispo-

sizione del presidio di Lampedusa, che, lo ricordo, serve ai residenti e ai migranti. Io lo avevo contattato per fargli presente la situazione, lui è venuto sull'isola, ha visto gli sbarchi, ha aiutato materialmente nelle operazioni e ha capito.

Come lavorate?

Quando sta per avvenire uno sbarco, io ricevo la prima chiamata da parte delle forze dell'ordine, Carabinieri, Guardia di finanza o Capitaneria di porto, che mi di-

cono quante persone stanno arrivando e dove. A quel punto, avviso i medici di turno e le associazioni, Croce Rossa, Medici senza Frontiere o Inmp, perché i loro medici ci aiutano nel triage, in banchina. Dopo il triage, le persone che stanno male vengono mandate nel Pronto Soccorso mentre le altre sono indirizzate al Centro di Accoglienza. I malati che riusciamo a curare sul posto vengono anche loro condotti al Centro di accoglienza, men-

GLI IMMIGRATI PORTANO MALATTIE NUOVE?

Si sente dire spesso che i migranti portano da noi malattie infettive pericolose. Proprio l'analisi dei dati rilevati a Lampedusa, però, smentisce questo pregiudizio. Come ha spiegato Tullio Prestileo, responsabile scientifico Inmp Sicilia, sugli oltre 40mila arrivi registrati sull'isola dall'inizio dell'anno il 75% risultava essere completamente sano, il 23% scontava danni fisici dovuti al viaggio (traumi, cattiva alimentazione, freddo), il 2% aveva patologie di vario tipo (cardiovascolari, metaboliche, ecc.) e infine sono stati individuati 2 soli casi di Hiv e 5 di tubercolosi.

Piuttosto, come ha detto anche il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco, i migranti "si ammalano quando arrivano da noi". Molti relatori hanno rilevato come le malattie "esotiche" riscontrate in Italia negli ultimi anni (malaria, chikunguya ecc.) siano spesso veicolate da viaggiatori italiani, che sottovalutano la profilassi necessaria quando ci si reca in alcuni Paesi stranieri. È necessario però che il mondo medico italiano abbia maggiore attenzione e maggiori informazioni riguardo sia a queste malattie, sia alle problematiche dell'immigrazione e proprio per questo Giacomo Milillo si è impegnato a far sì che in ogni forma associata della medicina generale vi sia almeno un medico che si tenga costantemente aggiornato su questi temi. La disponibilità dei medici di famiglia nei confronti degli stranieri che arri-



Il teatro antico di Taormina

vano nel nostro paese è la norma, spesso inventando soluzioni fantasiose alle difficoltà di ordine burocratico. E scontrandosi anche con una normativa molto variabile da Regione a Regione.

UNA FORMAZIONE COMUNE

Al Convegno hanno partecipato medici di diversi paesi – Italia, Egitto, Marocco, Algeria –, oltre a rappresentanti della Lega Araba e di associazioni

nazionali e internazionali di medici – Fnomceo, Comem, ovvero il consorzio euro mediterraneo degli Ordini dei medici, Asmi, l'associazione che riunisce i medici stranieri che lavorano in Italia. L'evidenza per tutti è la necessità di avere maggiori scambi nella formazione, nella ricerca e nell'assistenza sanitaria. Proprio da questa esigenza nasce la proposta di creare una Casa internazionale della Salute, nella cui realizzazione si è impegnato l'assessore alla sanità siciliana Massimo Russo. Già all'inizio del prossimo anno, quindi, la Casa internazionale della Salute potrebbe diventare una realtà operativa, visto che su questo progetto "l'impegno è fortissimo anche perché condiviso con i rappresentanti del mondo mediterraneo e dei medici stranieri presenti in Italia", come ha sottolineato alla conclusione dei lavori Giacomo Caudo, presidente dell'Omceo di Messina. **ATT**

“
Due i temi centrali del Convegno di Taormina: la formazione dei medici e del personale sanitario in tutti i Paesi del mediterraneo e i cambiamenti epidemiologici prodotti dalle migrazioni

tre per le patologie più gravi, dopo averli stabilizzati, li inviamo a Palermo o a Catania, grazie agli elicotteri del 118, che da marzo sono due e ci aiutano moltissimo.

E nel Centro di accoglienza, superato il primo momento, visitiamo tutti i presenti e teniamo sotto controllo i sintomi che potrebbero dare preoccupazione, trasmettendo quotidianamente i dati al ministero della salute. Purtroppo questo non accade in tutti i Centri.

Attraverso la televisione abbiamo visto che ci sono anche bambini, donne in gravidanza.

Facciamo particolare attenzione alle fasce più deboli. Le donne in gravidanza le portiamo comunque al Pronto Soccorso per una visita, un controllo ecografico e gli esami di base e ho preteso che a Lampedusa venissero ginecologhe donne, per

creare meno disagio a queste donne già molto preoccupate. Sopra al settimo mese, solitamente le trasferiamo negli ospedali di Palermo o di Catania per concludere in condizioni migliori la gravidanza. Ma mi è capitato anche di fare due parti sull'isola.

Quali sono le patologie più frequenti?

Grazie a Dio non abbiamo avuto particolari allarmi, anche a marzo in piena emergenza, perché i tunisini erano tutti giovani e in buona salute. Diversa è la situazione per gli arrivi dalla Libia, che non sono libici ma in gran parte sub sahariani visuti a lungo in campi di concentramento o comunque in condizioni di grande disagio.

Eppure molti sono spaventati dal contagio che potrebbero portare questi immigrati.

Non c'è ragione. Fa molta paura ad esempio la scabbia, che invece si cura facilmente: basta un

trattamento e i parassiti se ne vanno.

Perché lei fa tutto questo?

Me ne occupo dal primo sbarco, nel 1992, perché credo sia un mio dovere di medico dare assistenza a queste persone, povere vittime del sistema.

E i cittadini di Lampedusa come vivono questa situazione?

La loro risposta ha sorpreso anche me, sono stati grandiosi. Così solidali, accoglienti, nel momento del grande afflusso di tunisini, rimasti molti giorni da noi in giornate particolarmente fredde, hanno portato cibo, coperte, si portavano a casa i bambini. Il fornaio faceva un'infornata speciale, per loro, e la coda era interminabile: chi poteva pagava e gli altri prendevano il pane lo stesso.

E.A.

Governiamo insieme la Medicina Generale di domani: i Giovani e Fimmg

Una giornata emozionante

L'auditorium che spesso accoglie il Consiglio nazionale della Fimmg non è bastato. Si è dovuta aprire anche la sala adiacente per accogliere l'entusiasmo, la passione, l'orgoglio dei 250 giovani mmg, giunti da tutta Italia, che fino al tardo pomeriggio hanno attivamente partecipato al Convegno "Governiamo insieme il domani della Medicina Generale: i giovani e Fimmg".

Sono arrivati alla spicciolata puntuali all'apertura dei lavori di un incontro che, nel presentare i vincitori del Concorso Progetto Giovani, ha offerto l'occasione per riflettere insieme su presente e futuro della Medicina Generale.

Come ha sottolineato Stefano Zingoni, che in veste di Presidente della Giuria ha guidato la premiazione, l'alta qualità dei lavori pervenuti ha reso arduo il lavoro di selezione sui 38 elaborati inviati da tutta Italia.

Infatti, nonostante i tempi stretti (il concorso è stato aperto il 5 maggio, con scadenza della presentazione dei lavori fissata al 15 giugno), ben 68 medici di medicina generale, giovani in Formazione, formati in attesa di inserimento professionale, medici di famiglia e di Continuità Assistenziale neoconventionati, hanno sentito l'esigenza di proporre, singolarmente o spesso in gruppo, soluzioni feconde di elementi innovativi.

D'altra parte i temi proposti toccavano problemi estremamente significativi. L'ingresso nella nostra professione è costellato da criticità tuttora irrisolte che rendono quest'attività poco allettante per il giovane medico che si accinge a compiere la scelta dell'indirizzo professionale. Una situazione allarmante, se si considera che l'analisi della demografia della professione medica mostra, nel caso della medicina generale, l'imminenza di un massivo ricambio generazionale (vedi *Avvenire Medico* n. 5/2011).

Problemi che sono ben presenti nella strategia sindacale della Fimmg,



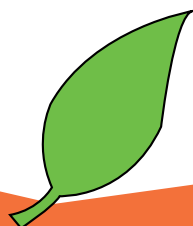
Da sinistra: Celeste Russo, Giacomo Milillo, Andrea Pancani, Stefano Zingoni, Silvestro Scotti

come ha ricordato Giacomo Milillo aprendo l'incontro con i giovani mmg: "Questo è il sindacato che ha inventato la medicina generale e ora stiamo lavorando per il cambiamento. In particolare – ha spiegato Milillo – stiamo lavorando per una modifica dell'articolo 8 (quello che, nel dlgs 502/92, definisce il profilo del medico di medicina generale) per arrivare ad ottenere accesso unico e ruolo unico, la distinzione tra onorario professionale e costi dei fattori di produzione e per costruire una carriera per il medico di medicina generale che possa svilupparsi tra quota oraria e rapporto convenzionale".

Di tutto questo, criticità, nuove soluzioni, prospettive per il futuro della Medicina Generale, si è discusso in questa prima edizione di Fimmg Progetto Giovani. Una giornata densa di emozioni per tutti, giovani e diversamente giovani della Medicina Generale, i cui ritmi sono stati scanditi dal rigore e dalla puntualità degli interventi dei giovani mmg e che si è conclusa con una partecipazione corale alla tavola rotonda in cui Giacomo Milillo, Stefano Zingoni, Silvestro Scotti e Celeste Russo hanno risposto alle domande dei partecipanti in sala.

Grazie a tutti e appuntamento al 2012.

Filmati e materiali del Convegno sono disponibili su www.fimmg.org



Realtà o utopia? Proposte concrete per la formazione nella Medicina Generale

sintesi dell'elaborato di Annarita Saponara, Claudia Episcopo, Rosario Cancro

Se si parla di “formazione” è doveroso fare una premessa: il percorso formativo per e nella medicina generale deve nascere nell'università, lì dove generazioni di giovani pongono le basi per trasformarsi nei medici del futuro. E se “la Medicina Generale è una disciplina accademica e scientifica...”, come sancito nel documento WONCA, allora negli atenei si dovrebbe insegnare a “saper fare e a sapere essere” anche medici di famiglia, introducendo, per esempio, nei programmi ministeriali, un modulo di studio dedicato alla medicina generale ed un esame specifico.

Le prime proposte, che riguardano la modalità di accesso al corso di formazione, nascono dalla reale consapevolezza che, ancora oggi, molti colleghi intraprendono questo percorso per “ripiego” alle loro reali aspirazioni sottraendo il posto a coloro che desiderano davvero formarsi come generalisti. Per filtrare con criterio la “folla” dei candidati che affluiscono al concorso di accesso e premiare le scelte più consapevoli, le date devono essere uniformi a quelle nazionali delle scuole specialistiche. Anche stabilire un limite di età per l'accesso al concorso premierebbe i giovani futuri mmg, che possono così entrare nel territorio con l'entusiasmo e l'energia, ma soprattutto con il “tempo biologico”, necessari a svolgere la medicina assistenziale e a sviluppare eventuali cambiamenti. Per premiare le motivazioni e le carriere di studio, si può istituire un concorso per titoli ed esame e attribuire, a ciascun candidato, un punteggio relativo al curriculum pre-concorso (sulla base dell'attinenza alla Medicina Generale della tesi di laurea, delle pubblicazioni e di corsi orientati alla clinica generalista) che si aggiunge al punteggio della prova dei quiz. In tutte le regioni italiane la correzione della prova d'esame deve avvenire tramite lettore a fibre ottiche e, per premiare la vocazione, a parità di punteggio, deve essere preferito il candidato privo del titolo di “specialista”. Per quanto riguarda la formazione teorico-pratica, sentiamo l'esigenza che la docenza ed il tutoraggio vengano affidati a coloro che hanno “vocazione” all'insegnamento e per coinvolgere i professionisti più qualificati, andrebbero utilizzati criteri specifici di

selezione (curriculum, competenze e conoscenze e il possesso di un attestato di frequenza ai corsi di formazione per l'insegnamento). La macchina organizzativa dovrebbe prevedere, infatti, corsi di formazione biennali per docenti e tutor con l'intento di standardizzare l'approccio didattico (che deve essere focalizzato sulla medicina generale) e di adeguare strumenti e contenuti di insegnamento agli obiettivi della scuola. Docenti e tutor devono sapere chi siamo e quale obiettivo formativo inseguiamo e devono essere fortemente motivati alla “comunicazione” con i medici “formandi”. Per ogni lezione proponiamo la co-presenza in aula di una figura medica specialistica e di una “generalista” (mmg), per stimolare il confronto, prevedendo, dopo la fase frontale, momenti interattivi che ci abituino al concetto di audit clinico, strumento fondamentale del nostro futuro lavoro. È indispensabile, inoltre, fare esperienze pratiche nelle medicine di gruppo, nelle Utap e nelle realtà più evolute di “medicina associativa”. Nell'intento di creare una figura professionale unica, davvero assistenziale, e per soddisfare la necessità di completezza che una medicina territoriale qualificata richiede, per ogni medico in formazione andrebbero previsti turni obbligatori e di durata pre-stabilita presso le strutture di Continuità Assistenziale e corsi specifici di emergenza-urgenza (BLS, BLS-D, PBL e corso di 118). (Nello studio si chiede anche la possibilità di una frequenza presso le

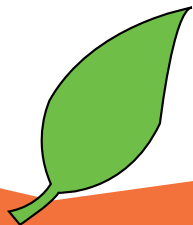
strutture, in particolare nelle Aree Chirurgica, Medica, Servizi e Pronto Soccorso, per conoscere la realtà con la quale ci si dovrà interfacciare. Inoltre si chiede di raddoppiare il periodo di tempo trascorso presso i tutor mmg, portandolo a 24 mesi).

Il terzo gruppo di proposte si riferisce ad attività “innovative” che vorremmo integrare a quelle già previste dall'attuale piano dei corsi. Oggi il mmg è costretto a lavorare in un continuo compromesso tra bisogno di salute della popolazione e risparmio delle risorse finanziarie. Perché non introdurre corsi di management sanitario, per studiare gli aspetti gestionali della professione che non possono più prescindere dalle scelte cliniche del medico? In un panorama nel quale si diffondono sempre più capillarmente la medicina in rete e la telemedicina e la gestione del paziente è computerizzata, diventa obbligatorio, con dei corsi ad hoc, educare alla “tecnologia responsabile” ed alla comunicazione e conoscere bene i sistemi informatici sanitari e le loro applicazioni. (Nel saggio si argomenta anche l'introduzione di corsi per ecografia generalista e di eco-fast, di ECG, di spirometria ed un corso per l'utilizzo di kit diagnostici ambulatoriali. Inoltre si auspica l'introduzione di insegnamenti rivolti alla realizzazione di studi di ricerca clinica e in pubblicazioni scientifiche e la possibilità di fare esperienze di tirocinio all'estero).

Infine le proposte riguardanti le norme giuridiche del corso (v.box).

NORME CONTRATTUALI

- Contratto di formazione specifica tra medici ammessi al corso, regione/provincia autonoma e struttura ospedaliera accreditata
- Durata del corso di 5 anni
- Impedimenti temporanei superiori ai 40 giorni consecutivi di frequenza per maternità e malattia: obbligo di recupero delle assenze, con possibilità di accesso alle graduatorie regionali (anche se con riserva) al termine ufficiale del corso
- Obbligo di timbratura della presenza nelle strutture ospedaliere frequentate (con badge)
- Stipendio annuo onnicomprensivo pari a quello di un medico in formazione specialistica, come previsto da D.P.C.M. 7/03/2007, corrisposto dall'Ente gestore del corso, comprensivo di tutti gli oneri contributivi a carico dei contraenti.
- Ai fini previdenziali iscrizione alla gestione separata di cui all'art 2 comma 26 della legge 8/8/1995, num 335
- Esenzione del trattamento economico spettante dall'IRPEF
- Copertura assicurativa (rischi professionali, responsabilità civile contro terzi ed infortuni connessi all'attività assistenziale svolta) a carico dell'ente gestore del corso



Vincitore della sezione “L’accesso alla professione del mmg”

Giovani e Medicina Generale: protagonisti del presente per costruire il futuro

sintesi dell’elaborato di Maria Ciccarello

Da diversi anni è stato affermato il ruolo centrale della Medicina di Famiglia, che rappresenta la porta attraverso la quale il cittadino accede all’“Universo Sanità”.

ANALISI DEL CONTESTO E CRITICITÀ

In Italia, la Medicina Generale (MG) vive una fase di profonda trasformazione che la investe sotto due aspetti fondamentali: uno più pratico-legislativo, la Ri-fondazione della MG, e un altro più teorico-concettuale, la volontà di orientare la pratica medica e i piani di gestione della Sanità sui principi della Clinical Governance (CG).

Queste sono vie parallele e complementari che porteranno, attraverso un percorso integrato, al recupero della centralità reale delle Cure Primarie all’interno del Sistema Sanitario.

La MG italiana necessita di una serie di cambiamenti che la rendano più efficiente, adeguata ai tempi, capace di guardare al paziente come persona ma di valutare i suoi bisogni di salute come indicatori e di orientare le proprie performance al raggiungimento di standards. Tutto questo avrà la finalità di migliorare l’assistenza alla popolazione e garantire la sostenibilità complessiva del Sistema Sanitario.

Ai mmg si richiede un cambio di mentalità e di modus operandi, che abbia profonde radici e solide fondamenta: il maggiore peso delle novità da introdurre ricadrà sui mmg in possesso di convenzione per l’Assistenza Primaria (AP), ma questa classe di professionisti non potrà riuscire, da sola, a sobbarcarsi l’onore/onere di questa trasformazione. Il supporto per superare tale periodo di crisi deve essere ricercato in risorse presenti della MG stessa: questo per evitare di ripercorrere quanto sta avvenendo nelle Cure Primarie di alcune zone della Gran Bretagna, dove altri attori portatori di interessi privati, interpretando meglio i bisogni dei pazienti, sviluppano vantaggi competitivi incentrati su servizi alla persona, dapprima integrativi dell’assistenza pubblica ma un domani prossimo an-

che potenzialmente sostitutivi sulla base di una crescente legittimazione sociale.

PROPOSTA

I protagonisti di due generazioni (neo-mmg e titolari di convenzione per l’AP), attraverso uno scambio bidirezionale di competenze, in una sorta di simbiosi mutualistica, intersecando le reciproche potenzialità riuscirebbero a rafforzare la MG di oggi e renderla migliore domani.

I giovani mmg, una volta terminato il CFS ottengono incarichi a tempo determinato, di 24 ore settimanali presso il servizio di Continuità Assistenziale (CA): si potrebbe pensare di affidare ad essi un certo numero di ore in più da svolgere nell’ambito dell’area dell’AP sotto la forma contrattuale di incarico semestrale, rinnovabile, da stipulare con l’Azienda Sanitaria di pertinenza.

Il numero delle ore dovrebbe essere compreso tra 12 e 14, da dividere nell’arco della settimana in relazione alle necessità imposte dal tipo di attività svolta. Sommando queste ore a quelle di servizio prestate settimanalmente in CA (24 h) si raggiungerebbe un’attività lavorativa a tempo pieno (36-38 ore) remunerata a quota oraria: una retribuzione economica più adeguata permetterà di contribuire, in maniera più consistente, ad alimentare il fondo pensionistico della MG. Per la definizione dei bisogni, verrà fatta un’analisi degli obiettivi raggiunti nell’area dell’AP a livello di regione: una volta individuate le carenze e gli ambiti meritevoli di supporto e miglioramento si provvederà alla nomina, in base alla posizione in graduatoria per la MG, di un giovane mmg, il quale si troverà a lavorare con un gruppo di colleghi titolari di AP che, a secondo le realtà locali, potranno operare nel contesto di UTAP, di UCCP, riuniti in forma Associativa e, un domani, nelle UMG. Per avere certezza che il contributo del neo-mmg sia utile ad un miglioramento del servizio deve essere verificata la sua competenza professionale cioè capacità di utilizzare in maniera combinata nella pratica quotidiana le conoscenze, abilità e attitudini. Sarà inoltre necessario potere documentare e valutare, alla fine dell’incarico, il miglioramento delle prestazioni nelle aree che erano state

individuate come meritevoli di supporto per decidere se continuare il processo di implementazione con gli stessi interventi o dopo un’analisi delle barriere che si sono opposte al cambiamento, mettere in atto strategie diverse.

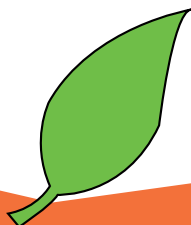
Questa potrebbe rappresentare una possibile fase di transizione tra la situazione attuale, in cui i neo-mmg prima di accedere all’AP transitano per molti anni in CA, esplicando un’attività che tocca solo marginalmente (essendo un servizio dedicato alle urgenze) gli aspetti focali della MG, e la realtà che sarà presente in un futuro prossimo attraverso l’approvazione del ruolo contrattuale unico.

I giovani mmg potrebbe svolgere all’interno del servizio di cure territoriali molteplici attività, in modo da offrire un supporto ai colleghi, in uno spirito di collaborazione sinergica e fruttuosa:

- 1) potenziamento nell’attività di gestione delle cartelle cliniche informatizzare; attività relative alla gestione dei sistemi informativi;
- 2) realizzazione ed ideazione di Audit Clinici;
- 3) ricerca clinica;
- 4) formazione- educazione della popolazione;
- 5) formazione degli infermieri, del personale socio-assistenziale e amministrativo;
- 6) promozione della medicina d’iniziativa;
- 7) collaborazione nell’attività ambulatoriale del medico di AP;
- 8) assistenza Domiciliare a malati cronici;
- 9) assistenza Domiciliare nell’ambito delle cure palliative;
- 10) ambulatori di Gestione integrata;
- 11) risk management;
- 12) esecuzione di indagini strumentali (ecografia generalista, spirometria, ECG).

CONCLUSIONI

La Fimmg da anni è impegnata nel progetto di Ri-Fondazione della Medicina Generale che renderà possibile la costruzione di un nuovo modello di Cure Primarie. Il “Progetto Giovani” dimostra la piena volontà di coinvolgimento dei neo-mmg in questo percorso offrendogli la possibilità di essere “protagonisti del presente per costruire il futuro”.



Lavorare insieme

sintesi dell’elaborato di Antonio Milano, Giovanni Daprile, Furio Coluccelli, Pietro Drago

Il Ssn italiano attuale è teso a “centralizzare” le esigenze del territorio ed a razionalizzare la gestione dei mezzi e degli uomini che su di esso operano, al fine di raggiungere obiettivi mirati, col migliore impiego delle risorse disponibili.

Il “sistema delle cure primarie” deve necessariamente operare in forma “specializzata”, per dare risposte alle richieste della cronicità, di tutti i pazienti domiciliari fragili ed in fase terminale.

Il “sistema ospedale” a sua volta, deve operare come sistema di secondo livello per la gestione delle acuzie e delle sue eventuali complicanze, anche in regime di ricovero, se necessario.

In questo contesto, il servizio di Continuità Assistenziale (C.A.), ex servizio di Guardia Medica, “deve diventare” parte integrante della Medicina Generale e deve essere concepito “non più in funzione di reciproca complementarità” ma di “unitarietà” rispetto all’ Assistenza Primaria (A.P.), intesa come Medicina di famiglia.

Per raggiungere questi obiettivi diventa necessario una “ri-fondazione” della Medicina Generale attraverso la istituzione di un “ruolo unico” al suo interno, da realizzarsi con l’applicazione di:

1. governo clinico, inteso come sintesi di efficacia, importanza dell’opinione del cittadino, risk management, efficacia della formazione, efficacia della comunicazione, efficienza, miglioramento della qualità;
2. sostenibilità economica: la spesa sanitaria nel 2009 è stata pari a circa 105 miliardi di

euro ed è destinata a crescere. Perché il processo di governance si realizzi è necessario fornire la quantità giusta, al momento giusto, alle persone giuste, in base alle risorse disponibili;

3. gratificazione professionale, ottenibile mediante la riduzione dei fattori di conflittualità con gli assistiti, il miglioramento continuo della qualità dell’attività professionale, la deburocratizzazione, laddove possibile, della quotidiana attività professionale, demandando agli organi amministrativi tutti i compiti relativi.

PROPOSTA TECNICO-OPERATIVA

Obiettivi

1. Erogazione di cure a favore dell’utente, con integrata gestione dei suoi dati sensibili e delle sue esigenze, per 24 ore/die, per l’intero arco della settimana.
2. Risolvere “finalmente” la diversità di competenze dei suoi attori (Medici di A.P. e Medici di C.A.), tutti parte integrante dell’ Assistenza Primaria territoriale.
3. Definire nettamente gli ambiti della Medicina Generale (gestione della cronicità sul territorio) da quelli dell’ Ospedale (gestione delle acuzie, eventualmente seguite da ricovero), evitando sprechi di risorse umane ed economiche.
4. Risolvere il problema della carenza medica che da qui a qualche anno affliggerà la Sanità Nazionale.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Medici di A.P.		Medici di C.A.
0 Assistiti		
0 ore ambulatoriali		36 ore settimanali
0-499 Assistiti	↔ (dopo 5 anni)	
5 ore ambul./sett.		36 ore settimanali
500-999 Assistiti	↔	24 ore settimanali
10 ore ambul./sett.		(su base volontaria)
1000-1499 Assistiti	↔	12 ore settimanali
≥ 15 ore ambul./sett.		(su base volontaria)
1.500 Assistiti		
≥ 15 ore ambul./sett.		0 ore settimanali

Ogni Medico di C.A. viene assunto con contratto a 36 ore settimanali. Ogni qualvolta, in un gruppo, ci sia un’eccedenza di 36 ore settimanali, viene bandita 1 zona carente di C.A. per quel gruppo. Se l’eccedenza è inferiore a 36 ore settimanali, essa viene distribuita tra i Medici di C.A. del gruppo. La retribuzione del Medico di C.A. è a quota oraria “proporzionata” al numero di utenti gestito per turno, con un incremento del 5% ogni 4.000 utenti. Il Medico di C.A. può iniziare ad acquisire scelte dopo 5 anni. Si deduce che la retribuzione del Medico di A.P. è sia a quota capitarla, sia a quota oraria proporzionata. Più il gruppo è grande e meno Medici di C.A. sono necessari per gestire i turni prefestivi, festivi e notturni. Più il gruppo è piccolo e maggiore diviene la necessità di avere Medici di C.A. che contribuiscano a gestirlo.



Il Jazz e l'Arte della Medicina

L'improvvisazione nell'incontro fra medico e paziente

di Guido Sanna*

Man, you don't have to play a whole lot of notes. You just have to play the pretty ones

Miles Davis,
trumpeter

La comunicazione rappresenta la centralità dell'umana esperienza. Essa è lo strumento essenziale con cui noi rappresentiamo le idee, coordiniamo le azioni e costruiamo le strutture della società. In medicina, importanti aspetti dei percorsi di diagnosi e cura, così come la divulgazione delle informazioni e l'assunzione delle decisioni cliniche e terapeutiche, si integrano ed avvengono nel contesto della comunicazione tra paziente e medico. In tale contesto l'improvvisazione è da considerarsi uno dei fondamenti del processo. Il contatto e l'incontro fra paziente e medico, come molti incontri basati sulla comunicazione interpersonale, non è tipicamente previsto ed è costruito al momento. Un percorso di cura ideale centrato sul paziente e modellato sulle sue esigenze e aspettative non esiste, nonostante i medici adottino moderne tecniche di counselling e di raccolta dell'anamnesi. In altri termini, il medico deve improvvisare quando si deve confrontare con l'unicità della storia clinica e di malattia narrata dal paziente. Pertanto l'improvvisazione guida il percorso comunicativo e decisionale del medico di volta in volta: come strutturare le domande;

quando e come interrompere il racconto del paziente etc.

In questo senso la musica jazz mostra molte analogie con la medicina, tanto da poter affermare che l'improvvisazione, riferita alla comunicazione verso l'altro diverso da te, costituisce il focus centrale di entrambe. È il principale mezzo con cui i musicisti jazz si relazionano e comunicano fra loro. I musicisti jazz ed i loro critici musicali spesso usano delle metafore verbali, talvolta complesse ed incomprensibili, per descrivere la loro interpretazione dell'improvvisazione in musica. Possiamo quindi usare la metafora sull'uso della improvvisazione nel jazz come lente per esplorare la comunicazione tra medico e paziente. L'improvvisazione può avere molte e varie direzioni, ma è opportuno sistematizzare questo percorso su tre fondamentali livelli:

- 1) l'improvvisazione come atto
- 2) l'improvvisazione come tratto
- 3) l'improvvisazione come evento

Descriveremo questi livelli di relazione, confrontando l'improvvisazione fra i musicisti nel jazz con quella che si può rivelare nel rapporto fra medico e paziente.

L'ATTO: CREARE LO SPAZIO PER LA COMUNICAZIONE

Durante l'incontro con il paziente, il medico instaura una relazione verbale basata sulla formulazione di domande, sulla erogazione di informazioni e sull'uso di esempi di supporto. Il training e la formazione dei medici sono costituiti da schemi di approccio e colloquio codificati, ma spesso non appropriati ed efficaci. Pertanto il siste-

ma per creare e garantire lo spazio comunicativo al paziente è uno degli strumenti più efficaci e meno utilizzati dal medico. Quando ci si trova in ambulatorio o nella stanza con il paziente, proviamo a pensare come Miles Davis, grande trombettista del jazz, gestiva la sua improvvisazione. Davis, che proveniva dall'esperienza del jazz bebop e dalla tecnica di altri illustri trombettisti come Gillespie e Fats Navarro, cominciò a suonare la tromba descrivendo degli assoli sincopati, costruendo e suonando le scale di notte in modo veloce e improvvisato. Ascoltare un assolo di Miles Davis significa ascoltare lo spazio. Davis non suona una grande quantità di note, ma suona delle note selezionate e giuste. In *All Blues*, celebre brano del jazz moderno, il suono del solista non impedisce all'ascoltatore di apprezzare le sonorità del resto della band, che garantisce il tappeto ritmico ed il sottofondo sonoro. Il medico crea lo spazio comunicativo usando la tecnica di comunicazione che conduce gentilmente la persona a raccontare in modo narrativo la sua storia clinica e di malattia, secondo la sua interpretazione, non forza l'anamnesi con le proprie prospettive e le proprie tesi culturali e scientifiche, dà al paziente la possibilità ed il tempo di dire ciò che vuol dire. Infatti lo spazio è multidimensionale, composto di pause e di latenze, dove i parametri della comunicazione e della narrazione si devono sostituire al caos ed al disordine, che di per sé impediscono una fluida e corretta relazione medico-paziente. Quindi, quando il medico utilizza lo

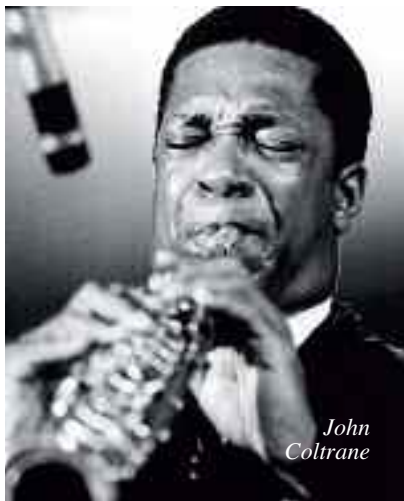


Miles Davis

spazio comunicativo, viene ripagato da una maggiore attenzione del paziente che, a sua volta, descrive in modo esauriente la propria condizione ed i propri problemi, evitando di omettere importanti informazioni, utili alla diagnosi.

IL TRATTO COMUNICATIVO: LO SVILUPPO DELLA VOCE

Molti giovani jazzisti iniziano ad esercitarsi con gli strumenti, suonando scale musicali e strutture con accordi complessi e veloci e successivamente cimentandosi con gli standard ed i brani più classici del jazz. Quindi essi sviluppano un suono vibrante ed innovativo, ciò fa parte di un processo che viene spesso chiamato "sviluppare la propria voce". Un musicista jazz che ha portato alle estreme conseguenze questo processo è John Coltrane, sassofonista, collaboratore nei gruppi di Miles Da-



John
Coltrane

vis e di Theolonius Monk, che ha elaborato una tecnica strumentale dedicata allo sviluppo del suono del sax tenore, dove, esplorando sonorità originali e complesse, ha dato al proprio strumento una sua propria ed inconfondibile voce. In brani come *Naima* o *A Love Supreme*, ma anche in *Blue Trane*, si apprezzano lo stile ed il suono eccelso e lirico della sua improvvisazione istintiva e sensuale. Il medico, come il jazzista, ha bisogno di sviluppare la sua voce originale ed improvvisata, strutturata a porre domande aperte, a fornire esempi, a fare le opportune pause, a gestire in modo creativo ed originale le battute e

“

La musica jazz mostra molte analogie con la medicina, tanto da poter affermare che l'improvvisazione, riferita alla comunicazione verso l'altro diverso da te, costituisce il focus centrale di entrambe

le ripartenze del colloquio, modulando la voce in base alle situazioni relazionali che si presentano nel rapporto clinico centrato sul paziente. Strumenti, Tecnica e Teoria sono il punto di partenza per lo sviluppo corretto della voce del medico che si prepara all'incontro con il proprio paziente.

L'EVENTO COMUNICATIVO: TUTELARE L'INSIEME DEL GRUPPO

Nel Jazz da una parte emerge la voce del solista e dall'altra si deve apprezzare sempre il suono e le voci della band che accompagna il leader. Si crea pertanto una tensione positiva all'interno del gruppo che tende a garantire che tutti i musicisti possano usufruire dello spazio per poter, insieme descrivere il tema e, individualmente fare il proprio assolo. Il trio del pianista Oscar Peterson, con Ray Brown e Martin Drew, ha mirabilmente costruito l'improvvisazione individuale e collettiva che caratterizza tutte le loro performance, soprattutto in concerto, garantendo sempre una perfetta evidenza delle individualità dei singoli e la coesione armonica e ritmica del gruppo. Nella relazione tra medico e paziente, ma soprattutto nell'approccio dialettico, sono particolarmente importanti gli atti di convergenza e di divergenza che devono essere composti in un equilibrio di domande, risposte, informazioni e dati che entrambi condividono, analizzano e scambiano. Quindi si può costruire e si può realizzare un'improvvisazione di gruppo che è la modalità ed il processo attraverso cui tutto il gruppo partecipa alle decisioni e le supporta fino al completamento, tutelando la qualità del percorso di malattia al paziente che la prospettiva professiona-

le del medico. L'essenza delle relazioni del gruppo, nel jazz o in medicina, è consentire ad ognuno di mantenere la propria prospettiva, ma anche di vedere, conoscere e rispondere alle prospettive degli altri. Il Medico di famiglia che realizza la medicina d'iniziativa nella sua attività professionale quotidiana rappresenta il modello ideale di improvvisazione calibrata e sartoriale della relazione con il paziente, basata su un tema principale (simile a quello musicale) proposto dal paziente in modo non previsto, sviluppata su una progressione di domande ed informazioni che vengono scambiate bidirezionalmente e che rappresentano la vera improvvisazione comunicativa e sarà conclusa con la "concordance" sul percorso di diagnosi e cura per il paziente. Il medico di famiglia deve essere formato pertanto ad essere esperto nell'improvvisazione nei confronti dei problemi clinici non strutturati, abile nell'esplorare efficacemente gli aspetti originali ed unici della malattia e nel comunicare in un modo che sia in armonia con lo stile del paziente, tutto ciò gestendo appropriatamente l'equilibrio fra le tensioni dell'esplorazione di possibili patologie ed i modelli di comunicazione acquisiti dal medico con la formazione ed il training clinici. A tal fine i formatori ed i ricercatori medici potranno aumentare la qualità dell'improvvisazione nel rapporto medico-paziente, stimolati anche dalla conoscenza della tradizione dei musicisti di jazz.

*Direttore Divisione Ricerca
Metis-Fimmg



Oscar Peterson Trio

CASO CLINICO

Tiroidite di Hashimoto

Quando l'allarme è il sonno

di Stefano Nobili*

IL CASO

Donna di 48 anni, impiegata, forte fumatrice, coniugata con due figli. Affetta da una forma ansioso-depressiva, riferisce astenia e disturbi del sonno. Si reca per l'ennesima volta dal curante lamentando affaticamento, sonnolenza, inappetenza, dispepsia.

L'ANAMNESI

Nel 2000 veniva riscontrata occasionalmente una neoformazione al collo. All'ecografia tiroidea risultava la presenza di un nodulo ipoecogeno di 1cm a carico del lobo tiroideo destro e di altri due noduli di 3.5 e 1.5 cm in regione istmica; funzionalità tiroidea e titoli anticorpali (anti TPO e TGB) normali. Veniva sottoposta a nodulectomia, con esame istologico negativo per presenza di cellule tumorali maligne. Nessun problema particolare fino al 2004, quando, a un controllo ecografico veniva riscontrato un altro nodulo tiroideo senza connotazioni sospette. Nel 2005, in seguito a lieve diminuzione dei valori di FT3 e FT4 e innalzamento del TSH, iniziava terapia con levotiroxina 50mcg/die che sospendeva nel luglio 2006 per comparsa di disturbi del ritmo sonno veglia e che non assumeva più in seguito. Si giunge così all'ottobre 2010 quando una ecografia confermava la presenza del nodulo di dimensioni di 1cm e la scintigrafia successiva documentava la presenza di un nodulo ipocaptante al terzo medio del lobo destro.

Esame obiettivo (anno 2011): peso 48kg, altezza 167cm, Pa 105-75, fc 84r. Collo: tiroide di normali dimensioni, presenza di nodulo a carico del lobo destro di circa 1cm. Cute normotermi-

ca, non sudata. Non apprezzabili tremori fini agli arti superiori. In ordine altri organi e apparati.

Esami ematochimici: nella norma i principali; colesterolemia totale 245.

Esami ormonali: nella norma FT3, FT4 e TSH, anticorpi anti-tireoperossidasi 200 (vn 0-50), anticorpi anti-tireoglobulina negativi.

ECG: nei limiti di norma.

Ecografia tiroidea (2011): esiti d'intervento di nodulectomia istmica. Lobo destro 17x19x40mm; lobo sinistro 10x15x33mm. Volume tiroideo stimato di 9ml. Tiroide di normali dimensioni ad ecostruttura disomogenea e normoecogenicità. Lobo destro: in sede medio basale presenza di due noduli solidi isoecogeni di 11x13x9mm e di 12x10x12mm. In sede medio laterale presenza di nodulo isoecogeno con lacuna anecogena interna di 7x8.5x11mm. Lobo sinistro senza noduli distinti. Istmo regolare. Trachea in asse.

Agoaspirato del nodulo tiroideo destro: presenza di tireociti isolati e in micronidi, emazie, colloid e istiociti. Ricerca CTM negativa.

Sulla base dei dati e in seguito alla valutazione dello specialista endocrinologo si conclude per gozzo multinodulare normofunzionante e tiroidite cronica di Hashimoto. Date le piccole dimensioni del gozzo, l'assenza di deviazione tracheale e la mancanza di reperti patologici di malignità non si ritiene indicato l'intervento chirurgico. Al fine di prevenire l'ulteriore accrescimento del nodulo, viene iniziata terapia con levotiroxina 50 mcg secondo il seguente schema: ½ cp al mattino a digiuno per 15 gg; 1cp die per al-

tri 15gg; 1cp e ½ come dose di mantenimento. La paziente viene convinta ad iniziare la terapia con levotiroxina, vincendo la resistenza relativa ai precedenti effetti collaterali. I controlli a distanza dei valori di funzionalità tiroidea sono soddisfacenti.

L'ecografia tiroidea a sei mesi mostra un quadro con lieve rimpicciolimento dei noduli. Da un punto di vista soggettivo, la paziente ha migliorato la sua astenia ciclica anche con l'aiuto di un ansiolitico al bisogno e di alcune sedute di psicoterapia.

COMMENTO

La tiroidite di Hashimoto è una malattia legata ad un processo immune anticorpo mediato che provoca la distruzione delle cellule tiroidee. È 10-15 volte più comune nelle donne rispetto agli uomini e si presenta più frequentemente tra i 30 e i 50 anni. Sono presenti anticorpi anti-TPO (anticorpi anti perossidasi), anti-TGB (anti tireoglobulina) anche se in circa il 10-15% dei pazienti gli anticorpi non sono positivi. A secondo del livello della malattia la sintomatologia può essere abbastanza sfumata e aspecifica come nel caso descritto, fino a giungere ad un ipotiroidismo franco con mixedema. La diagnostica d'immagine ecografica è utile per la valutazione delle dimensioni tiroidee, dell'architettura nodulare e dell'eventuale estensione retrosternale della tiroide. Inoltre permette all'ago aspirato di pungero il nodulo nel punto più corretto al fine di ottenere il materiale migliore da analizzare. L'ECG, in caso di ipotiroidismo, può mostrare bassi voltaggi, cambiamenti aspecifici del tratto ST, battiti ectopici ventricolari, fino all'allungamento del tratto QT e nei casi più gravi tachicardia ventricolare e torsione di punta. Il trattamento è la sostituzione ormonale con levotiroxina. Interessanti sono gli aspetti legati ai possibili fattori ambientali nella genesi della tiroidite come un'assunzione eccessiva di iodio, una deficienza di selenio, il fumo di tabacco, malattie come l'epatite C e la predisposizione genetica (Duntas, Nat Clin Pract Endoc Metabol, 2008, 4(8): 454-60 - Tomer et al, J Autoimmun. 2009; 32(3-4):231-9).

*mng, Fimmg Milano
stefanonobili@fimmg.org

Una ricerca del Centro Studi nazionale Fimmg

Stati vegetativi: la figura di riferimento è il medico di famiglia nel 97% dei casi

Secondo i dati raccolti dal Centro Studi Fimmg, in Italia il 63% dei pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza è seguito al proprio domicilio e un terzo dei medici di medicina generale ha almeno un paziente di questo tipo tra i propri assistiti.

Oltre un terzo dei medici di medicina generale ha tra i propri assistiti pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza. La maggioranza di questi pazienti, il 63%, vive abitualmente a casa, ma con profonde differenze tra aree geografiche (55% al Nord, 63% al Centro ed 70% al Sud). Sono invece ricoverati in strutture residenziali il 44% dei pazienti al Nord, il 36% al Centro ed il 27% al Sud. Sia a domicilio che presso le strutture residenziali il medico di famiglia costituisce per il 97% dei casi la figura clinica di riferimento.

Sono questi alcuni dei dati presentati oggi a Milano e raccolti dal Centro Studi nazionale della Fimmg, diretto da Paolo Misericordia, attraverso un questionario effettuato a marzo su un campione di oltre mille medici di medicina generale. L'iniziativa è nata nell'ambito di un Progetto nazionale di ricerca, finanziato dal Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Besta di Milano.

“L'indagine è stata orientata a conoscere le dimensioni di un fenomeno che è motivo di enorme sofferenza per gli stessi pazienti, ma soprattutto per i loro familiari e causa di importanti oneri assistenziali per il sistema sanitario e per tutti i care-gi-

ver coinvolti” ha spiegato Paolo Misericordia.

Dall'indagine, che è la ricerca la più ampia mai condotta in Italia su questa patologia nella fase di assistenza territoriale, emerge purtroppo che quasi il 25% dei pazienti che vive abitualmente presso la propria abitazione non dispone di alcun servizio di assistenza domiciliare, con un picco del 35% al Sud. Oltre al medico di medicina

generale, la figura professionale più frequentemente coinvolta nell'assistenza è l'infermiere, seguita dal fisioterapista e dall'operatore socio-sanitario.

Secondo i medici che hanno risposto al sondaggio le maggiori criticità assistenziali per i pazienti e per le loro famiglie sono, nell'ordine: assistenza psicologica, assistenza riabilitativa, sociale, medico-specialistica e infermieristica. Il medico di medicina generale interpreta dunque il ruolo di case-manager, supportando la famiglia psicologicamente e nella gestione di fasi complesse e onerose dell'assistenza.

“È uno studio importante per scattare una fotografia del fenomeno – ha dichiarato Fiorenzo Corti, responsabile nazionale della comunicazione di Fimmg. – Questi dati testimoniano l'impegno della Fimmg a promuovere e a valorizzare il ruolo dei medici di medicina generale come sensori periferici dei bisogni assistenziali dei cittadini italiani e delle loro famiglie, con particolare riguardo alle aree di maggior fragilità”.

FTT

“

Oltre un terzo dei medici di medicina generale ha tra i propri assistiti pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza. La maggioranza di questi pazienti, il 63%, vive abitualmente a casa, ma con profonde differenze tra aree geografiche



Il virus che ha terrorizzato l'Europa

Ecco l'identikit del batterio killer

di Elettra Vecchia

■ Il ceppo che ha provocato l'epidemia è diverso da quello più noto. Un report pubblicato sul *New England Journal of Medicine* mostra le caratteristiche anomale di questo sotto il profilo dell'aggressività e dell'epidemiologia

Ancora non è stato chiarito da dove l'epidemia di *Escherichia coli* che impazza ormai da quasi due mesi in Germania abbia avuto origine. Ma alcuni punti fermi ci sono già. Quelli relativi al virus incriminato ha cercato di metterli il *New England Medical Journal* che ha fatto il punto sulla situazione, tracciandone un profilo preliminare che mostra le peculiarità dell'epidemia tedesca rispetto a quelle avvenute in precedenza. Come è noto, tutto è partito dalla segnalazione, il 19 maggio scorso, di tre casi pediatrici di sindrome emolitico-uremica (SEU) ad Amburgo. Il numero di casi è cresciuto rapidamente riguardando anche adulti in diverse aree del nord della Germania. Numerosi i casi segnalati anche in altri Paesi, tra cui gli Stati Uniti. Ma si è trattato sempre di persone che avevano avuto contatti con le stesse zone tedesche.

Lo studio pubblicato sul *New England* si limita ai 3.222 casi notificati al 18 giugno in Germania, dei quali 810 (il 25%) con sviluppo di sindrome emolitico-uremica. Trentanove i decessi, mentre la maggior parte di chi ha sviluppato la sindrome è di età adulta (in media 43 anni) e di sesso femminile (68%). Nelle zone a nord della Germania l'epidemia è scoppiata quasi simultaneamente e l'incidenza massima si è localizzata nell'area di Amburgo. Le analisi condotte hanno individuato la causa nell'infezione in un *Escherichia coli* pro-

duttore di Shiga-tossina appartenente a un ceppo inusuale: lo 0104:H4.

Inoltre, l'epidemia possiede caratteristiche molto diverse da quelle verificatisi in precedenza, come quella del Giappone nel 1996. In questo caso tutti i 121 casi di SEU segnalati si erano verificati nella popolazione pediatrica, mentre questa volta, oltre al fatto che la percentuale d'insorgenza di SEU è più elevata del consueto, si presenta nella maggioranza di casi in adulti (donne, in particolare).

C'è poi il sierotipo di batterio all'origine del contagio: nell'attuale epidemia non si è trattato, come in precedenza, dello 0157:H7 ma dello 0104:H4, un patogeno che è risultato particolarmente virulento sul piano clinico (e con un'incubazione di 8 giorni contro i 3-4 dell'altro). Anche le caratteristiche cliniche non coincidono: la diarrea associata con la sindrome, di solito, insorge nei bambini e la causa primaria sono *E. coli* produttori di Shiga-tossina principalmente di sierotipo 0157:H7, che hanno come usuale serbatoio bovini e ruminanti in genere. Ci si contagia con acqua o cibo contaminati dalle feci, o con contatto con gli animali,

o, più raramente, anche con persone infette. La SEU preceduta da diarrea che fa pensare a un'infezione è invece rara nell'adulto: per esempio solo 21 casi su 322 registrati in Oklahoma tra il 1989 e il 2006 erano pediatrici.

Quanto alle cause dell'infezione, i maggiori sospetti restano a carico di alimenti quali vegetali crudi, ma si sta tuttora indagando e non si è ancora escluso che si siano verificati contagi per via interumana.

Anche se rimane ancora molta incertezza, "episodi come questo possono servire tra l'altro per ricordare alle persone normali precauzioni come quella di lavare bene frutta e verdura specie se non si sbucciano", ha commentato Edgardo Valerio, dirigente settore Igiene degli alimenti e Nutrizione-ASL di Milano. Tuttavia, anche aggiungendo ulteriori misure (lavare bene le mani, gli utensili e i taglieri, cuocere bene la carne, preferire latte pastorizzato), "va detto comunque che non esiste in assoluto il rischio zero da contaminazioni da alimenti", ha aggiunto.

Di certo non mancano i controlli. Soprattutto dopo la crisi della BSE ("mucca pazza") molto è stato fatto, soprattutto in Europa e, forse, ancor più in Italia. All'Istituto superiore di sanità è situato il laboratorio di riferimento non solo nazionale ma anche europeo per l'*Escherichia coli*, mentre l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia ed Emilia Romagna ha creato un network unico a livello europeo che copre tutta l'Italia. "Questo per garantire la sicurezza alimentare su tutto il territorio nell'attuale definizione europea che è quella di sicurezza in tutti i processi della filiera produttiva dell'alimento", ha affermato il direttore dell'Istituto zooprofilattico, Giorgio Varisco.

Certo, l'impegno delle istituzioni e degli istituti di controllo non può arrivare dappertutto: il 70 per cento delle tossinfezioni alimentari ha infatti origine casalinga, per errori di conservazione o preparazione. **ATT**



Epatite C: trattamento con telaprevir

Sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* i risultati di due studi clinici di Fase III, *Advance* e *Realize*, condotti su pazienti affetti da epatite C cronica di genotipo 1. Dagli studi è emerso che il trattamento con telaprevir, un antivirale ad azione diretta sperimentale, combinato con interferone pegilato e ribavirina, è in grado di migliorare significativamente la risposta virologica sostenuta, rispetto al trattamento con i soli interferone pegilato e ribavirina, sia nei pazienti naïve, sia in quelli che hanno fallito trattamenti precedenti, inclusi i null responder. Ulteriori risultati dello studio *Realize* mostrano un incremento significativo nelle percentuali di cura per tutti i tipi di pazienti, indipendentemente dal periodo di lead in di quattro settimane con interferone pegilato e ribavirina.

Affetto da disfagia 1 italiano su 5 al di sopra dei 50 anni

Il 20 per cento della popolazione italiana con più di 50 anni è affetto da disfagia. Il disturbo è ancora più accentuato nelle persone anziane assistite a domicilio, fra i portatori di esiti di interventi chirurgici alla bocca e al collo e con patologia neurologica degenerativa. Tra le persone residenti in case di riposo ne è affetto tra il 40 e il 60 per cento. Il disturbo è poi particolarmente frequente nella popolazione con sclerosi multipla (tra il 33 e il 43%), in quella che è stata colpita da ictus (40-80%), nei malati di Parkinson (50-90%) e in quelli con sclerosi laterale amiotrofica (100%). Nonostante ciò, la percentuale dei pazienti affetti da disfagia e non diagnosticati oscilla tra l'80 e il 95 per cento. Un aiuto potrebbe ora venire da un questionario (*Eat-10-Eating Assessment Tool*) di autosomministrazione in dieci domande rivolte al paziente messo a punto da Nestlé Health Scien-

ce. Il questionario, che può essere utilizzato sia in ambito ospedaliero sia ambulatoriale, è stato realizzato da ricercatori statunitensi ed è in distribuzione a un vasto numero di medici e residenze sanitarie assistenziali.

Ue: semaforo verde a nuovi farmaci

La Commissione Europea ha esteso l'indicazione per l'utilizzo di bevacizumab nel trattamento del tumore al seno includendo la possibilità della combinazione del farmaco biologico anche con capecitabina. L'estensione dell'indicazione si basa sui dati dello studio di fase III *RIBBON* che ha dimostrato che il farmaco è in grado di permettere alle donne con tumore al seno metastatico di vivere più a lungo senza peggioramento della malattia quando trattate con bevacizumab in combinazione con capecitabina rispetto alla sola capecitabina.

Promosso anche l'impianto intravitale in applicatore di desametasone prodotto da Allergan (*Ozurdex*) per il trattamento dell'infiammazione del segmento posteriore dell'occhio che è causata da uveite non infettiva. La decisione dell'agenzia fa seguito alla conclusione dello studio *HURON*, un trial clinico di fase III, prospettico, multicentrico, mascherato, randomizzato, a gruppi paralleli della durata di 26 settimane, che ha confrontato il medicinale con un trattamento di simulazione (*sham*) in 229 pazienti. Il trial ha evidenziato che i pazienti con impianto intravitale hanno una probabilità 4 volte superiore di ottenere una risoluzione completa dell'offuscamento vitreale (47% VS 12%).

Parere positivo del Comitato per i medicinali per uso umano dell'EMA, invece, per l'estensione delle indicazioni dell'immunoglobulina umana di Baxter (*Kiovig*) al trattamento della neuropatia motoria multifocale, una malattia rara autoimmune caratterizzata da una progressiva debolezza degli arti che porta a una significativa difficoltà anche delle più

semplici attività manuali. L'opinione si basa su due trial che hanno mostrato la capacità del farmaco di favorire sia il mantenimento della forza muscolare sia il miglioramento delle funzionalità.

Infine, sempre dal Chmp, il parere positivo su linagliptin 5 mg in compresse, per adulti con diabete di tipo 2. Il Comitato ha indicato l'impiego di linagliptin in monoterapia in pazienti che non riescono a raggiungere un adeguato controllo della glicemia solo con la dieta e l'attività fisica e che non possono assumere metformina in quanto non tollerata o controindicata per la presenza di compromissione renale. Inoltre ha consigliato l'approvazione di linagliptin anche in associazione a metformina, e metformina più sulfaniluree.

Maschio italiano addio

Che fine ha fatto il famigerato maschio italiano? Viene da chiederselo, leggendo i dati un'indagine effettuata da Doxapharma sui consumi della nuova formulazione orodispersibile di vardenafil in Europa. Dall'indagine emerge che circa il 30 per cento degli uomini italiani vive con ansia le proprie prestazioni e il 25 per cento dice di sentirsi insicuro di fronte a donne sempre più esigenti. Specularmente, il 20 per cento delle italiane è scarsamente soddisfatta della propria vita sessuale e solo il 54 per cento ha rapporti almeno una volta a settimana. Non stupisce allora che sia italiano il record di consumi della nuova formulazione dell'inibitore della PDE5. Solo dopo vengono spagnoli e tedeschi.



Presentato a Roma il ddl per la cura e l'assistenza dei disturbi alimentari

Il 10% degli italiani è sovrappeso. E costa 25 miliardi

di Giovanni Rodriguez

■ ■ Ogni anno in Italia muoiono 52 mila persone a causa di problemi legati all'eccesso di peso. Un problema sanitario importante, fino ad oggi sottovalutato, nel quale il medico di famiglia può intervenire con efficacia. Per curare ma anche per prevenire

L'obesità continua ad essere orfana di un percorso di cura istituzionalmente riconosciuto nonostante il 10% della popola-

zione italiana adulta soffra un peso eccessivo, e nonostante questo produca una altissima mortalità, che si aggira sui 52 mila decessi ogni anno, e alti costi

sanitari, pari a circa 25 mld di euro nel 2005 in Italia. Ma ora è stato messo a punto un disegno di legge che dovrebbe colmare questa carenza.

Se ne è discusso, partendo da un'analisi delle problematiche cliniche psicologiche legate all'obesità, nel Convegno organizzato il 24 giugno scorso presso l'Università La Sapienza di Roma, e intitolato Presa in carico del paziente con obesità: aspetti operativi e di integrazione, dove si è posto l'accento sulla necessità di mettere a punto procedure di presa in carico assistenziale del paziente, che affianchino le necessarie politiche di prevenzione.

Nel corso del Convegno sono state analizzate in particolare le disposizioni contenute nel Ddl 2788 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione", presentato il 16 giugno in Senato, alla cui stesura ha partecipato



anche la Scuola di Medicina degli Stili di Vita della Fimmg.

Il ddl in particolare punta su due principi generali per il trattamento delle forme gravi di disturbi dell'alimentazione e dell'obesità, il team approach e i setting multipli.

Team approach, ovvero un approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolga medici internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatristi, psicologi dietisti, fisioterapisti, laureati in scienze motorie, educatori ed infermieri.

Setting multipli, ovvero la possibilità di ricorrere a diverse soluzioni a seconda dei casi particolari, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per eccesso o per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita.

È stata inoltre sottolineata, all'interno del Disegno di legge, la necessità di creare reti regionali per il trattamento dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione con strutture di vario livello collegate tra loro e armonizzate attraverso un Centro di Coordinamento regionale (primo livello: medicina di base e Sian; secondo livello: ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare; terzo livello: day hospital, day service, centro diurno; quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale; quinto livello: ricoveri ospedalieri).

Una presa in carico del paziente così articolata, secondo il parere degli esperti, porterebbe dunque alla creazione di un'efficiente rete di servizi socio-sanitari, con finalità di cura e riabilitazione, presenti in tutto il territorio nazionale. Un ruolo di rilievo spetterà al medico di medicina generale. Come spiegato dal Direttore della Scuola di Medicina degli Stili di Vita della Fimmg, Wal-

COSA PREVEDE IL DISEGNO DI LEGGE PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELL'OBESITÀ

Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione. È questa l'intestazione completa del disegno di legge, che ha come primo firmatario il senatore Ignazio Mari-

no, presentato in Senato il 16 giugno scorso.

Il provvedimento mira ad affrontare in maniera organica i disturbi e le patologie legate all'alimentazione, innanzi tutto inserendo l'assistenza a coloro che ne soffrono tra i Livelli essenziali di assistenza garantiti dal Ssn. Inoltre è prevista la stesura, con cadenza triennale, di un "Piano nazionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione", curato dal ministro della Salute in accordo con la Conferenza Stato Regioni.

Il Piano dovrebbe definire anche le linee guida relative alla presa in carico dei pazienti affetti da obesità o da disturbi dell'alimentazione e i percorsi clinici da utilizzare nelle strutture accreditate con il Ssn. In particolare si indica la necessità di coinvolgere fortemente i medici di medicina generale nella cura di questi pazienti, prevedendo anche attività di formazione specifiche rivolte ai mmg e il loro coinvolgimento nella ricerca in tema di obesità e di disturbi dell'alimentazione. Per attuare quanto previsto dal Piano il ddl prevede l'istituzione di un Fondo di 20 milioni di euro a decorrere dal 2012. A livello regionale si ipotizza invece l'istituzione di una Rete regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da obesità e da disturbi dell'alimentazione, costituita da strutture multidisciplinari integrate di vario livello collegate tra loro attraverso un Centro di coordinamento regionale.

Prevista, infine, l'istituzione dei Registri dei centri di chirurgia bariatrica, accreditati secondo dotazioni e standard quantitativi e qualitativi stabiliti con decreto del ministro della Salute.

“Il provvedimento mira ad affrontare in maniera organica i disturbi e le patologie legate all'alimentazione, innanzi tutto inserendo l'assistenza a coloro che ne soffrono tra i Livelli essenziali di assistenza garantiti dal Ssn

ter Marrocco, di fronte al problema dell'obesità "occorre avere un approccio preventivo, per evitare l'insorgere nel tempo di altre patologie collegate all'eccesso di peso. Noi abbiamo un ruolo privilegiato in tal senso – ha sottolineato – visto che negli studi dei medici di Medicina Generale transitano giornalmente, a livello nazionale, circa 1 milione e 400 mila pazienti". A tal proposito, ha ricordato Marrocco,

“abbiamo elaborato il progetto Safe (stili di vita, alimentazione, farmaco, esercizio fisico), per promuovere corretti stili di vita ed una strategia medica incentrata sulla sensibilizzazione nei confronti di una dieta sana e dell'esercizio fisico. Solo in alcuni casi – ha precisato – si può arrivare a prevedere anche l'utilizzo di farmaci, o, nelle situazioni più gravi, il ricorso alla chirurgia”.

ATT

AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg
piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625
Telefax 06.54896645

Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani
e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo

Direttore Responsabile
Michele Olivetti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Editore
Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Lucia Conti, Fiorenzo Corti,
Bruno Cristiano, Paolo Giarrusso,
Ester Maragò,
Antonino Michienzi,
Stefano Nobili, Mariano Rampini,
Giovanni Rodriguez,
Guido Sanna, Elettra Vecchia

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Foto
Fabio Ruggiero

Stampa
Tecnostampa
Via Le Breccie - 60025 Loreto (An)
Finito di stampare
nel mese di luglio 2011
Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003

Testata associata a

ANES

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010
Tiratura media: 41.264
Diffusione media: 40.749

Certificato CSST n. 2010-2105 del 28/02/2011
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C. Sas