



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 16 di Ottobre 2024

RIFORMA DELLA MEDICINA GENERALE: IL BINARIO DELLA MEDICINA PERSONALIZZATA E DELLA PREVENZIONE di Pier Luigi Bartoletti



E' necessario considerare due binari, ovvero la medicina personalizzata e la prevenzione. Se invece, come sembra, pensano di risolvere tutto con un medico che legge il Fascicolo sanitario elettronico, senza conoscere la vita della persona che deve curare, fai una altra cosa. Basta dirlo chiaramente. Per quanto riguarda le liste d'attesa, chiariamo subito una cosa: un minino di d'attesa nel pubblico è fisiologico, quello che non si può accettare è che aspetti chi ha una diagnosi seria e che ha bisogno di esami. Nel sistema attuale c'è anche una domanda elevata di prestazioni e un'offerta non qualificata. Posso intervenire sulle liste d'attesa nel caso di malattie serie, ma allargare l'offerta significa aumentare la domanda e così il problema delle liste d'attesa diventa un cane che si morde la coda. Negli ultimi 20 anni non si è fatto nulla nella selezione della domanda di prestazioni sanitarie, non si sono sviluppati bene strumenti per poterla gestire e noi siamo stati relegati a mettere un crocetta sulla ricetta. C'è un grande problema organizzativo: gli ospedali non prendono in carico i pazienti che, dopo lo specialista, tornano di nuovo da noi dicendo 'il professore mi ha detto che serve la TAC, ma io la TAC non ce l'ho. Una soluzione è ragionare in maniera ingegneristica e indirizzare le persone segmentando le domande, perché per il paziente sarà sempre tutto urgente (...) [Continua all'ultima pag.](#)

L'EDITORIALE

"Verso il modello delle AFT per una medicina della persona"
di Eleonora Grimaldi

Il modello delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) è un approccio che deve mirare a migliorare l'accesso e la qualità delle cure primarie. L'idea è creare un sistema più integrato e coordinato, dove i medici di medicina generale lavorino insieme ad altri professionisti della salute per offrire un servizio più completo ai pazienti. Le AFT fungono da punto di riferimento per i pazienti, dove possono ricevere cure personalizzate con il proprio medico di fiducia. Questo modello può ridurre la frammentazione delle cure e migliorare la continuità dell'assistenza, (...) [Continua all'ultima pag.](#)

TBC: IN ITALIA CRESCE NEI MINORI, E' BOOM DI CASI



Dopo il crollo del 2020 legato alla pandemia, il numero di casi di tubercolosi in Europa ha ripreso a crescere. Preoccupante è la crescita dell'infezione tra i minori: sono stati 1.689 i contagi registrati in bambini e ragazzi con meno di 15 anni, pari al 4,3% dei casi totali, con un aumento del 25% rispetto all'anno precedente. In Italia, il trend è simile a quello del continente: stabili i casi (2.600) e i decessi (300). È forte, invece, l'aumento dei contagi tra i più giovani: nel 2023 sono stati 144 gli under-15 che hanno contratto l'infezione, quasi il doppio rispetto all'anno precedente. Sono alcuni dei dati principali del 'Tuberculosis surveillance and monitoring report' 2025 realizzato dall'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc) e dall'Ufficio europeo dell'OMS. Questi dati mostrano un rallentamento della lotta alla TBC in Europa. Oltre alla lieve crescita dei nuovi casi, aumentano i morti: 'antibiotico-resistenza resta un problema irrisolto e i progressi sono irrisori; resta alta la quota di pazienti con Tbc che ha anche un'infezione da Hiv (circa il 15%).

audio CENTRI ACUSTICI
experience

Apparecchi acustici per il
benessere uditivo.

06 86 87 30 20

www.audioexperience.it

Laboratori analisi
Centri specialistici

Cerba HealthCare

Trova il centro più vicino su :

<https://www.cerbahealthcare.it>

CIBO ULTRAPROCESSATO E DEPRESSIONE: dalla rubrica “La Salute di famiglia” a cura della dott.ssa Eleonora Grimaldi

Uno di Studio di coorte pubblicato sulla rivista scientifica JAMA Netw Open, dimostra L’impatto negativo del consumo di alimenti ultra-processati, gli UPF, ovvero alimenti ad alto contenuto energetico, gustosi e pronti da mangiare, sulla fisiopatologia di molteplici patologie. Tuttavia, la sua relazione con la salute mentale, e in particolare con il rischio di depressione, resta da chiarire, con gli studi disponibili che mostrano limitazioni relative al tempo di follow-up e alla presenza di fattori confondenti. Con l’obiettivo di valutare l’eventuale associazione tra il consumo di UPF (e dei suoi componenti) e l’incidenza della depressione, un gruppo di ricercatori del Massachusetts ha effettuato uno studio di genere, ovvero su un campione esclusivamente di sesso femminile, in cui hanno incluso 31.712 donne, di età compresa tra 42 e 62 anni e senza una precedente diagnosi di depressione. La loro dieta è stata valutata ogni 4 anni, tra il 2003 e il 2017, classificando gli alimenti in base al loro grado di lavorazione (nell’analisi primaria) e differenziati nei loro componenti (nell’analisi secondaria). Sono stati identificati un totale di circa 7000 casi di depressione che richiede diagnosi e somministrazione di farmaci antidepressivi. Ciò si è verificato più frequentemente nei partecipanti con un consumo di UPF più elevato, indipendentemente da altri fattori di rischio come età, indice di massa corporea (BMI), attività fisica o abitudine al fumo, con un aumento del rischio di depressione di circa 1,5 volte. Inoltre, gli autori hanno verificato che ridurre il consumo di UPF di almeno tre porzioni al giorno comportava una riduzione del rischio di depressione, rispetto ai partecipanti che hanno mantenuto un consumo stabile di questi alimenti.

I risultati di questo lavoro confermano che l’assunzione di UPF contribuisce ad aumentare il rischio di depressione. Sebbene il meccanismo di questa associazione non sia ancora del tutto chiaro, dati recenti suggeriscono che gli additivi artificiali possono stimolare la trasmissione purinergica a livello cerebrale e potrebbero, quindi, essere coinvolti nell’eziopatogenesi della depressione. C’è da considerare un altro aspetto: la correlazione della depressione con il ricorso al cibo, come una sorta di valvola di sfogo, che genera una reazione a catena alimentando, di conseguenza, lo stato di depressione.



I Borghi più belli d'Italia

Oltre 360 Borghi selezionati e certificati (con un procedimento certificato ISO9001) che sono l’espressione della Bellezza e del fascino cui l’Italia è leader nel mondo. (convenzione FIMMGdi)

<https://borhipiubelliditalia.it/>

ANTIBIOTICO-RESISTENZA: come educare il paziente all'uso degli antibiotici



Il ruolo dei medici nell'istruire i pazienti sull'uso degli antibiotici e sulle resistenze antimicrobiche (AMR) nei contesti di medicina generale è complesso, con sfide per i medici di famiglia che vanno oltre gli aspetti clinici, includendo fattori relazionali e sociali. In questo contesto, la fiducia e la mancanza di tempo spesso ostacolano un'istruzione efficace sull'uso degli antibiotici; aspetti che il medico di medicina generale deve prendere in considerazione per fornire il migliore supporto al paziente. Ad evidenziarlo è un gruppo guidato da Stinne Glasdam, della Lund University, in Svezia, che ha pubblicato una review su *Frontiers in Antibiotics*. Per favorire l'aderenza dei pazienti al trattamento antibiotico e prevenire le AMR è fondamentale comprendere le strategie che i medici, farmacisti, infermieri e tutti gli operatori sanitari devono mettere in atto per consigliare e istruire i pazienti in contesti di assistenza primaria. Per valutare queste strategie, il team ha condotto una review che ha incluso 102 pubblicazioni relativamente a diversi contesti e paesi. Dai risultati sono emersi due temi principali. In primo luogo, la relazione tra professionista e paziente influenza le strategie educative, dimostrando che la fiducia e il rapporto tra queste due figure svolgono un ruolo cruciale nell'educazione sull'uso degli antibiotici. In secondo luogo, le strutture organizzative sono un problema, nel senso che risorse limitate, vincoli di tempo e pressioni a livello di sistema ostacolano la capacità dei medici di fornire un'istruzione coerente ed efficace. Spesso, infatti, queste problematiche hanno portato a una mancata istruzione dei pazienti sui rischi di abuso di antibiotici ed AMR. Gli anticipi degli antibiotici non prescritti dal medico è deleterio per cui è emerso che le prescrizioni "ritardate" sia una giusta strategia per migliorare la gestione dell'AMR e per soddisfare le aspettative dei pazienti in merito al trattamento antibiotico, sebbene abbia sollevato preoccupazioni circa la possibilità di indebolire la responsabilità e l'autorità professionale nel garantire un uso appropriato degli antibiotici. Sono numerose le sfide da affrontare, che includono fattori clinici, ma anche relazionali, sociali e strutturali. [Leggi tutto l'articolo](#)

LA FRAMMENTAZIONE DEL SSN: UN PUZZLE DA RICOSTRUIRE PER L'EQUITA' DELLA SALUTE



E' soltanto questione di risorse economiche la causa della trasformazione del SSN in un puzzle da ricostruire o è un problema di organizzazione e gestione delle risorse umane? Per gli economisti il finanziamento del SSN è condizione essenziale per garantire l'accesso alle prestazioni e per realizzare le finalità equitative dell'intervento pubblico. Il finanziamento ha un ruolo cruciale anche nella generazione dei corretti incentivi al perseguimento dell'efficienza nella realizzazione delle attività del SSN: ruolo che si è rafforzato con gli interventi costituzionali che, dal 2001, hanno introdotto e sviluppato il federalismo, in particolare fiscale, nell'ordinamento italiano. Questo cambiamento migliorerà la gestione sanitaria regionale? Gran parte delle risorse regionali è destinata alla sanità, con il principio della legislazione concorrente e i piani di rientro che hanno rafforzato la responsabilizzazione finanziaria e la garanzia dei LEA. Sicuramente le scelte allocative influenzano direttamente la politica sanitaria, determinando la capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini. Il tema dei LEA si lega alla sostenibilità del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), che difficilmente potrà essere incrementato, rendendo necessaria una revisione delle prestazioni incluse, delle forme di compartecipazione alla spesa e del ruolo dei fondi sanitari integrativi. La disomogeneità nella ripartizione del FSN tra le Regioni e nei sistemi di finanziamento delle Aziende Sanitarie evidenzia differenze nella gestione delle risorse. La trasparenza del processo di accountability delle Regioni in tema di finanziamento è fortemente variabile per cui diventa necessario superare le analisi estemporanee, passando ad un monitoraggio continuo dei processi oggetto della ricerca per garantire trasparenza, efficienza, ma soprattutto equità nella distribuzione delle risorse. Sicuramente occorre maggiore trasparenza nei criteri di allocazione delle risorse regionali ed investimenti mirati per riequilibrare il rapporto tra sanità ospedaliera e territoriale.

PDTA PER L'HIV, NUMEROSE DISPARITÀ REGIONALI



Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento fondamentale per il percorso di cure di numerose patologie come per l'infezione da HIV. I PDTA vengono approvati a livello regionale e questo, come spesso capita nella sanità in Italia, provoca delle disparità di cura tra differenti regioni. E' importante offrire una presa in carico omogenea ai pazienti. Oggi l'HIV viene considerata una malattia meno grave, grazie all'uso di farmaci efficaci che bloccano la trasmissione del virus. Siamo passati da una situazione di emergenza, in cui la priorità era la sopravvivenza dei pazienti, ad una condizione di cronicizzazione della malattia, in cui diventa fondamentale garantire la qualità della vita dei pazienti, tenendo conto dell'insorgenza delle comorbidità legate all'invecchiamento e dell'importanza di una terapia efficace nel tempo e con il minor numero di effetti collaterali. I PDTA devono tener conto di questi cambiamenti. Un esempio è la Regione Lombardia, che ha strutturato il PDTA per l'HIV. E' importante non assumere un approccio all'HIV orientato alla diminuzione della spesa, sviluppando PDTA fortemente indirizzati alla previsione di opzioni terapeutiche di minor costo; vincolarsi ad obiettivi considerati statici, se non obsoleti, e finalizzati al contenimento della spesa sanitaria, porterebbe ad una regressione della gestione e delle cure dei pazienti HIV+.

WELFARE "SANITARIO": SOGNO O SON DESTO?



In un articolo pubblicato su "Il Sole 24 ore" si parla delle enormi disuguaglianze sociali in sanità, una realtà di cui non si parla più frequentemente rispetto al passato, forse per una sfiducia generale riguardo la problematica o anche per un concentrarsi sui bilanci delle Regioni che non soddisfano gli algoritmi degli indicatori economici. Sicuramente "Dalla forbice Nord-Sud alle zavorre povertà e bassa istruzione fino al regionalismo sanitario spinto: l'Italia della salute in crisi di equità chiede risorse ma soprattutto scelte coraggiose", come si scrive nell'articolo. Sono proprio i dati sulla cronicità, che restituiscono il ritratto di un'Italia drammaticamente frammentata: tra Nord e Sud, tra grandi centri e periferie, tra persone con minori o maggiori livelli di istruzione, sostanzialmente tra ricchi e poveri. Su questa "stratificazione" sociale emergono forti disparità nello stato di salute: il più povero vive male perché non si cura rispetto al più ricco che vive bene e più a lungo. Non è solo questione di cultura della salute, ma di possibilità economiche per curarsi ed avere la cultura della salute, sempre più appannaggio dei più abbienti. In una società mutevole, che ogni giorno espone a repentini cambiamenti, ciò che rimane sempre una costante è la rinuncia alle cure del più povero e le maggiori tutele della salute del più ricco, che è sostenuto dalla Sanità privata ed assicurativa, vedendo meno l'articolo 32 della Costituzione.

SCIENTIFIC TALK (METIS): I PAZIENTI GUARITI DAL CANCRO IN ETÀ GIOVANILE, PROGETTARE SINERGIE FRA MEDICINA DI FAMIGLIA E CENTRI ONCOLOGICI



Ogni anno in Italia oltre 2000 bambini e adolescenti si ammalano di un tumore maligno, ma grazie ai progressi dell'oncologia pediatrica ad oggi la sopravvivenza globale di questi pazienti supera l'80%. Grazie a questi risultati, la quota di bambini e giovani adulti curati per un tumore dell'età pediatrica all'interno della popolazione generale aumenta di oltre 1.100 soggetti all'anno. Si tratta di una popolazione di lungo-sopravvivenenti in continua crescita, sia in termini di numeri assoluti che in termini di età cronologica; infatti, molti di questi hanno già superato l'età pediatrica e sono entrati nell'età adulta. Peraltro, dati nazionali ed internazionali indicano chiaramente che i successi ottenuti nel trattamento dei tumori pediatrici hanno un costo in termini di possibili effetti tardivi, che possono comparire anche dopo molti anni dalla fine delle cure ed in conseguenza dei trattamenti ricevuti in età pediatrica. Le terapie oncologiche sono infatti potenzialmente tossiche per tutti gli organi e apparati, specialmente se somministrate in fase di crescita. I soggetti lungo-sopravvivenenti presentano quindi un aumentato rischio di mortalità e di morbidità rispetto alla popolazione generale. Tali rischi sono individuali e variano in base a diversi fattori dipendenti dalla patologia e dai trattamenti quali: tipo e sede del tumore, età al trattamento, dosi cumulative di chemioterapia e/o di radioterapia e tipo di interventi chirurgici subiti, (...) **Segue...**

(...) **Segue...** oltre che in base alla suscettibilità genetica e alle abitudini di vita di ogni individuo. La tossicità cronica a lungo termine, interagendo con il normale processo di invecchiamento, aumenta di frequenza e gravità con il passare del tempo, determinando la compromissione di organi e sistemi vitali a un'età più giovane rispetto a quella in cui solitamente ciò può avvenire. Pertanto, questo crescente numero di pazienti necessita di un monitoraggio clinico che va ben oltre il follow-up della patologia di base, deve essere personalizzato in funzione delle terapie ricevute e deve proseguire per l'intero arco della vita. Parallelamente, bisogna porre particolare attenzione ai corretti stili di vita che in questo caso rivestono un ruolo di primaria importanza e aumentare la consapevolezza del paziente del proprio stato di salute e dei rischi a cui è esposto. Il follow-up a lungo termine di questi soggetti rappresenta un compito nuovo per il SSN, per farsi carico del quale non sono stati ancora individuati percorsi definiti e figure professionali con competenze adeguate. Questa nuova domanda di salute richiede una risposta istituzionalizzata e appropriata sia in termini scientifici che in termini organizzativi. Ci troviamo di fronte a un bisogno sanitario nuovo, con problematiche cliniche spesso inedite, che per sua natura e complessità necessita di un approccio multidisciplinare. La progettazione e realizzazione di questa attività di follow-up non può prescindere dal coinvolgimento della medicina territoriale.



Manuale per l'uso del medico di medicina generale

Manuale ad uso dei pazienti per tutte le notizie che riguardano il rapporto con il proprio medico di famiglia e il mondo sanitario: esenzioni, certificazioni, prescrizioni, prestazioni, prenotazioni, rete regionale ospedaliera, con riferimenti, telefoni, ambulatori, specialità



Scarica la versione E-Book o acquista il libro completo

E-Book : €2,99
Libro cartaceo: €15



**SCARICA IL MANUALE
E TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI SU**

<https://fimmgroma.it/manualemedico>

AUMENTO DEL RISCHIO INFETTIVO POST PANDEMIA COVID-19



Durante gli anni della pandemia da covid-19, si era registrata la riduzione della circolazione di qualsiasi tipo di microrganismo, oggi, invece, osserviamo un incremento dalle 4 fino alle 10 volte rispetto ai livelli pre-Covid o al biennio 2022-23, delle infezioni. Un esempio preoccupante è Bordetella pertussis, batterio gram negativo causa della pertosse, una malattia conosciuta da molto tempo e per cui, dal 1990, esiste un vaccino non cellulare che non presenta effetti collaterali, ma a differenza di quello precedente, offre una copertura di circa dieci anni. Chi non è più protetto o chi non è vaccinato, lo può contrarre e trasmettere ai bambini molto piccoli, in cui la malattia può avere conseguenze anche gravi. Per la pertosse, il Ministero raccomanda la vaccinazione tra la 28esima e la 32esima settimana di gravidanza con protezione per le madri e, attraverso la trasmissione degli anticorpi, anche per i neonati nei primi mesi di vita, fino all'inizio del ciclo vaccinale, previsto tra i 5 e i 6 mesi. Dal 2024 ad oggi registriamo percentuali di infezioni che raggiungono il 30%. Passare dallo 0,6% del biennio 2022-2023 al 30% rappresenta un aumento esponenziale. Anche i virus respiratori, sebbene l'influenza sia arrivata tardivamente con un picco a fine gennaio, hanno mostrato una forte azione patogena, con casi (...) **Segue...**

(...) **Segue...** gravi sia in pazienti fragili, sia in soggetti immunocompetenti e vaccinati. E' necessario parlare di prevenzione che parte dalla protezione del feto nei casi di trasmissione verticale – ovvero da madre a figlio attraverso il sangue o il latte materno. Tra i virus emergenti, si registra un aumento dei casi di Zika e Oropouche, anche se in Italia non sono presenti i vettori tipici, localizzati in Amazzonia. Tuttavia, i viaggiatori possono introdurre questi virus RNA, che hanno subito mutazioni e riasortimenti genetici, rendendoli oggi più patogeni rispetto ai ceppi precedenti. I test effettuati mostrano che Zika e Oropouche si replicano nella placenta, infettando il neonato. Il problema è fare diagnosi, altrimenti non è possibile avviare terapie mirate ed efficaci. Ci sono rischi legati anche all'ingresso in ospedale dei pazienti fragili. Esistono metodi colturali con risposta in 24 ore e metodi molecolari più rapidi, con risultati in 6-9 ore. In un flusso ben organizzato, le risposte possono arrivare tempestivamente. Il contrasto alle infezioni richiede un approccio interdisciplinare: Si stanno inoltre implementando approcci di machine learning basati su dati clinici semplici per identificare pazienti a rischio di infezioni multiresistenti. Mancano ancora network nazionali, ma sono attive diverse esperienze locali. E' aumentata la consapevolezza per il contrasto all'antibiotico resistenza: l'abuso degli antibiotici, anche in campo animale, deve essere fermato con un approccio "One Health".

Roma 23-25 Maggio 2025



8° Congresso Fimmg Lazio
17° Congresso Scuola di formazione in medicina di famiglia

**DEMOGRAFIA E RISORSE ECONOMICHE
SANITA' PUBBLICA E PRIVATA**
Quale ruolo e quale competenze
per il medico di medicina generale



HOTEL TH CARPEGNA PALACE ROMA

<https://www.carpegnapalace.it/>

RIFORMA DELLA MEDICINA GENERALE: IL BINARIO DELLA MEDICINA PERSONALIZZATA E DELLA PREVENZIONE di Pier Luigi Bartoletti

Segue (...) e da fare nel minor tempo possibile. Ma per come stanno le cose oggi nel Lazio, non si fa neanche in tempo ad aumentare l'offerta che in un mese si satura tutto e siamo punto e a capo nella stessa condizione di prima. Il tema è che siamo rimasti solo nell'ambito di ipotesi, il progetto molto buono avviato durante il Covid, ad esempio nel Lazio con le Usuar, i team di medici e infermieri che andavano a domicilio a visitare è stato cancellato. Oggi l'accesso al SSR è di fatto o il pronto soccorso o il Cup, la medicina generale non può accedere alle prestazioni qualificate. A me non pare di avere grossi strumenti per intervenire sulle liste d'attesa. Serve davvero rivedere l'organizzazione del sistema, mettendosi tutti intorno ad un tavolo, creare un network tra professionisti, in cui il medico di medicina generale possa contattare direttamente uno specialista e chiedere di prendere in carico il paziente, in modo da facilitare percorsi, accertamenti e diagnosi precoci.

L'EDITORIALE "Verso il modello delle AFT per una medicina della persona" di Eleonora Grimaldi

Segue (...) rendendo la medicina più accessibile e vicina ai bisogni delle persone e garantendo la capillarità e la prossimità delle cure primarie mediante il lavoro in gruppo, condividendo risorse e competenze con una gestione più efficiente ed un miglioramento della qualità delle cure. E' un modello di medicina territoriale che, se ben strutturato, potrebbe portare molti benefici, specialmente in termini di prevenzione e gestione delle malattie croniche. Le AFT rappresentano un'evoluzione del SSR che cerca di rispondere alle sfide moderne, come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche. Uno dei punti di forza di questo modello è la promozione del lavoro multidisciplinare: nelle AFT strutturate in UCCP, i mmg collaborano con gli altri professionisti della sanità per offrire un'assistenza integrata, avendo in comune la caratteristica di un approccio multiprofessionale per la gestione del paziente. Questo approccio, reso operativo sul Territorio, potrebbe migliorare la gestione dei pazienti con patologie complesse, riducendo la necessità di ospedalizzazioni ed interventi d'urgenza con accessi inappropriati in PS. In aggiunta, può favorire la formazione continua e lo scambio di conoscenze tra i medici, migliorando le competenze professionali e la qualità delle cure offerte. L'auspicio è che con la realizzazione di tale progettualità si possa contribuire a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e garantire che tutti abbiano accesso a cure di qualità indipendentemente dalla loro posizione geografica: un passo avanti verso una sanità più equa e sostenibile. Il costo di implementazione di un modello di sanità territoriale come quello delle AFT è pari a zero, ovvero ad isorisorsa poiché non richiede la creazione o l'adeguamento delle infrastrutture. L'obiettivo è evitare sprechie e risparmiare con una gestione più efficiente delle risorse sanitarie.



www.fimmglaziotv.org



www.miosostituto.it

Il Mio Sostituto

RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

Mensile telematico della Fimmg Roma

Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004 del 27 /05/2004

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma

E mail : redazione@fimmgroma.it



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi