



# LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 14 di Agosto 2024

## CORTE DEI CONTI: REGIONI AL VERDE, RIDOTTA LA QUOTA DI SPESA SANITARIA RISPETTO AL PIL, E PEGGIORANO LE CURE



Dalla “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province Autonome per gli esercizi 2020-2023”, approvata dalla Sezione delle Autonomie della Corte dei conti, emerge che “le entrate regionali, soprattutto quelle tributarie, sono aumentate, nel 2023, anche in virtù dei fondi PNRR, dopo un calo 2022 dovuto alla fine dei trasferimenti statali straordinari per l'emergenza. Le risorse sanitarie assegnate alle Regioni non compensano, tuttavia, l'aumento dei prezzi, riducendo la quota di spesa sanitaria rispetto al PIL”. La riattivazione del Patto di Stabilità e Crescita (PSC) potrebbe avere un impatto significativo in particolare sul settore sanitario. Le riscossioni in conto competenza sono migliorate nel 2021, ma diminuite nel 2022, anno in cui si è registrato un aumento di quelle in conto residui. Sull'andamento delle entrate emerge, principalmente, la riduzione dei trasferimenti correnti dalle Amministrazioni Centrali”. “La spesa corrente delle Regioni a statuto ordinario - prosegue la magistratura contabile - è aumentata tra il 2020 e il 2022, con impegni e pagamenti in crescita, rispettivamente, di 7,9 e 2,6 miliardi di euro. Gli impegni per la spesa in conto capitale, diminuiti nel 2021 rispetto al 2020, sono aumentati significativamente nel 2022. La spesa sanitaria complessiva è cresciuta dai 136,7 miliardi del 2020 ai 149,5 del 2022, con il maggior incremento al nord”. [Leggi il documento](#)

### L'EDITORIALE

**“Hub & Spoke” digitali per salvare la medicina generale**

di Eleonora Grimaldi

Penso che la storia che ci sia l'obbligo di riempire le Case della Comunità per investire le risorse del PNRR non regga visto che tali fondi europei nella “mission 6” non sono previsti per il personale sanitario, ma per due componenti: 1- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale 2- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario. Ciò viene ribadito persino nel DM77. Allora penso che ci sia un inutile tira e molla tra medici e decisori politici che si chiedono dove allocare risorse se non si ha personale e allo stesso tempo si forza uno strumento contrattuale, (...)

[Continua all'ultima pag.](#)

## FUGA DEI CERVELLI IN CAMICE DAL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



Se si confrontano i dati sul numero dei medici iscritti agli Albi (fonte FNOMCeO) al 1° gennaio del 1996, con quelli relativi al 1° gennaio 2024, si scopre che si è passati da 324.205 iscritti a 480.236, con un incremento di 156.031 unità. È pur vero che dal 2022 al 2023 circa 11.000 medici italiani sono emigrati in altri Paesi (39.000 negli ultimi 5 anni), ma non dobbiamo dimenticare che negli anni '90 il principale problema era quello della “plethora medica”, che si manifestava col grave fenomeno della disoccupazione o della sottooccupazione che tornerà dal 2030 secondo i dati dell'ultimo studio. In questo panorama d'incertezza professionale, dal rapporto FNOMCeO-Censis emergono i motivi per cui lavorare nel SSN non è più attrattivo per i medici italiani: 8 italiani su 10 ne sono convinti; se in questi anni il Servizio sanitario nazionale ha retto, lo si deve all'impegno straordinario dei medici, che lo hanno puntellato con sforzo individuale, in condizioni difficili e senza un ritorno economico adeguato. Contratti temporanei in decollo, retribuzioni reali in picchiata spingono a pensare ad un necessario cambio di paradigma nel SSN, ovvero stop all' aziendalizzazione e ritorno del primato della salute.

[Continua all'ultima pag.](#)

audio  CENTRI ACUSTICI  
experience

Apparecchi acustici per il benessere uditivo.

[06 86 87 30 20](tel:0686873020)

[www.audioexperience.it](http://www.audioexperience.it)

Laboratori analisi  
Centri specialistici

Cerba HealthCare 

Trova il centro più vicino su :

<https://www.cerbahealthcare.it>

## DOTTORE ! IL FARMACO "NON SI TROVA"!



Per farmaco "carente" si intende un medicinale temporaneamente non reperibile sul territorio nazionale in quanto il titolare AIC (il responsabile legale dell'autorizzazione e della commercializzazione del medicinale) non può assicurarne una fornitura continua, rispetto al bisogno terapeutico del paziente. Tuttavia, non tutte le carenze di medicinali rappresentano un problema concreto per il cittadino. In molti casi, è possibile ovviare alla carenza ricorrendo a un medicinale equivalente; in altri è possibile richiedere al medico la prescrizione di un farmaco alternativo; in assenza di equivalente o alternativa terapeutica, gli ospedali e/o le aziende sanitarie (ASL/ATS) possono richiedere di importare il farmaco mancante dal mercato estero. AIFA può disporre il blocco temporaneo delle esportazioni di medicinali nel caso in cui ciò si renda necessario per prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità. In caso di carenza di un medicinale, il titolare AIC lo comunica ad AIFA e l'Agenzia lo inserisce negli elenchi dei farmaci carenti. Le cause di una carenza possono essere di diversa natura fra cui l'irreperibilità del principio attivo, problematiche legate alla produzione, provvedimenti di carattere regolatorio, imprevisto incremento delle richieste di un determinato medicinale o emergenze sanitarie. Qualora un farmaco non dichiarato "carente" dal titolare AIC, non presente nell'elenco dei farmaci carenti, risultasse comunque mancante in farmacia, potrebbe trattarsi di una indisponibilità temporanea, ovvero una discontinuità locale nella distribuzione. In questo caso, il farmacista può segnalare tale mancanza alla Regione di riferimento (che a sua volta verificherà la disponibilità del farmaco presso altri grossisti), e nel frattempo può provvedere a ordinare il farmaco direttamente all'azienda farmaceutica che lo commercializza, attraverso le procedure di legge a tutela del paziente (cosiddetto "acquisto diretto"). [Scarica la guida](#)

## RICERCA: FDA approva Apple Watch come strumento di monitoraggio dei trials clinici



La FDA ha annunciato che lo strumento per la fibrillazione atriale (AFib) di Apple Watch è qualificato per l'uso nelle sperimentazioni cliniche tramite il suo programma Medical Device Development Tools (MDDT), consentendo così ai ricercatori di utilizzarlo per rilevare aritmie o battiti cardiaci anomali. Lo strumento di Apple è il primo strumento di salute digitale ad essere qualificato nell'ambito del programma MDDT, un programma volontario volto a valutare i dispositivi da utilizzare nella ricerca medica. Nel settore Ricerca l'integrazione di sistemi di Intelligenza Artificiale (IA) si presenta come un catalizzatore per l'accelerazione della scoperta anche in campo farmaceutico: le IA specializzate nell'analisi di dati biologici, possono identificare nuovi bersagli terapeutici, riducendo significativamente i tempi per il raggiungimento di risultati promettenti. La gestione degli studi clinici è un altro ambito destinato a una trasformazione radicale. Algoritmi avanzati di Machine Learning e Deep Learning hanno il potenziale di riscrivere i protocolli di sperimentazione, basandosi sull'analisi di vasti archivi di dati storici. Simultaneamente, sistemi IA dedicati al monitoraggio dei trial in corso permettono l'identificazione precoce di tendenze o anomalie, assicurando interventi tempestivi e ottimizzando i processi di valutazione. L'adozione di modelli IA specificatamente addestrati per la previsione delle probabilità di successo nei vari filoni di ricerca, rappresenta uno strumento strategico di inestimabile valore. Questa capacità predittiva consente alle entità di ricerca di dirigere le risorse verso quei progetti con le maggiori prospettive di riuscita, massimizzando l'efficienza degli investimenti e favorendo l'innovazione terapeutica. L'adozione dell'IA nel dominio dell'assistenza sanitaria segna un'avanzata decisiva verso sistemi di cura notevolmente più informati, efficienti e centrati sul benessere del paziente.

## NATIVI DIGITALI: 1 SU 3 TEME IL FUTURO E IL 34% DA GRANDE FUGGIREBBE ALL'ESTERO



Nell'ultimo rapporto Istat, che ha indagato su bisogni, aspirazioni e necessità dei giovani italiani (appartenenti alla generazione dei nativi digitali) aventi dagli 11 ai 19 anni, lo scenario che si delinea in un'Italia che invecchia (il cosiddetto "inverno demografico"), è sconcertante per molti ragazzi e ragazze che pensano in futuro di andar via dal nostro Paese. I giovani rappresentano una preziosa risorsa demografica in diminuzione: in Italia, al 1° gennaio 2024, i residenti tra gli 11 e i 19 anni sono poco più che 5 milioni (in una stima provvisoria) e rappresentano l'8,7% della popolazione residente. In base ai dati diffusi da Eurostat per l'Ue27, al 1° gennaio 2023, la quota di giovanissimi europei in questa fascia di età ha un peso relativo sulla popolazione del 9,5%. Siamo dunque sotto la media dei Paesi UE. Tuttavia, in Germania si registra per questa classe di età un'incidenza più bassa (8,3%) di quella rilevata in Italia. Francia e Spagna presentano invece un peso relativo maggiore, rispettivamente di 11,3% e 9,6%. I giovanissimi in questa classe di età, che 30 anni fa, nel nostro Paese, erano circa 6,4 milioni (e rappresentavano l'11,2% della popolazione), sono destinati, nel prossimo futuro, a diminuire ulteriormente. Infatti, in base allo scenario mediano delle previsioni Istat, tra 30 anni i giovanissimi residenti in Italia saranno poco più di 3,8 milioni e rappresenteranno solo il 7,2% della popolazione complessiva. Nei riguardi di questo fenomeno, un importante punto di attenzione è dato dall'immigrazione straniera. Negli ultimi decenni, infatti, i flussi migratori stazionatosi in Italia hanno rinfoltito le fila della popolazione residente, producendo significativi effetti (specialmente tra le fasce giovanili della popolazione, alle quali hanno oltremodo contribuito anche i discendenti degli immigrati nati in Italia). Dunque, la gioventù italiana oltre ad essere sempre più digitale, sarà anche multiculturale. [Leggi il report](#)

## TUMORI: IN USA IN AUMENTO TRA I MILLENNIALS E LA GEN X



La generazione X e i Millennials negli Stati Uniti hanno un rischio più elevato di sviluppare 17 tumori rispetto alle generazioni più anziane, suggerisce un nuovo studio dell'American Cancer Society, che sottolinea la necessità di interventi per affrontare il crescente peso dei tumori ad esordio precoce nelle generazioni più giovani. I trend di mortalità sono aumentati anche in concomitanza con l'incidenza di tumori al fegato (solo nelle donne), al corpo uterino, alla cistifellea, ai testicoli e al colon-retto. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista [The Lancet Public Health](#). Le coorti di nascita (gruppi di persone classificate in base all'anno di nascita), condividono ambienti sociali, economici, politici e climatici unici, che influenzano la loro esposizione ai fattori di rischio del cancro durante i loro anni cruciali di sviluppo. Sebbene si siano identificate tendenze del cancro associate agli anni di nascita, ad oggi non c'è una spiegazione chiara del perché questi tassi siano in aumento. In questa analisi, i ricercatori hanno ottenuto dati di incidenza da 23.654.000 pazienti a cui sono stati diagnosticati 34 tipi di cancro e dati di mortalità da 7.348.137 decessi per 25 tipi di cancro per individui di età compresa tra 25 e 84 anni per il periodo dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2019, rispettivamente dalla North American Association of Central Cancer Registries e dall'US National Center for Health Statistics. Per confrontare i tassi di cancro tra le generazioni, hanno calcolato i rapporti di incidenza specifici per coorte di nascita e i rapporti di mortalità, aggiustati per effetto età ed effetto periodo, per anni di nascita, separati da intervalli di cinque anni, dal 1920 al 1990. L'aumento dei tassi di cancro tra questo gruppo di persone più giovani indica cambiamenti generazionali nel rischio di cancro e funge da indicatore precoce del futuro carico di cancro nel Paese col rischio di arrestare decenni di progressi contro la

## LA SPORT-TERAPIA PRESCRITTA DAL MMG



Se ne parla da diverso tempo ormai, ma di fatto la sport-terapia non è ancora approdata negli studi dei medici di medicina generale.

Eppure rappresenterebbe un passo avanti significativo per la salute pubblica in Italia. Allo stato attuale è stato avviato l'iter legislativo del Ddl 287, che mira a introdurre l'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia nel Servizio Sanitario Nazionale. Questo disegno di legge, potrebbe consentire ai medici di prescrivere l'attività fisica, equiparandola a un farmaco. L'obiettivo è migliorare la salute dei cittadini e ridurre i costi legati all'inattività fisica, che si prevede possano raggiungere 1,3 miliardi di euro nei prossimi 30 anni. L'OMS e altre istituzioni internazionali hanno da tempo riconosciuto i benefici dell'attività fisica nella prevenzione e nel trattamento di numerose patologie, tra cui malattie cardiovascolari, diabete e obesità. Rappresenterebbe, dunque, un'importante svolta nella promozione di stili di vita sani e nella riduzione del carico economico e sociale delle malattie croniche. Lo sport è un "farmaco", ha anche controindicazioni, per cui è una vera e propria terapia che deve essere suggerita dal medico. Questa iniziativa potrebbe rivoluzionare il modo in cui affrontiamo la salute pubblica e migliorare significativamente la qualità della vita dei nostri pazienti, creando una nuova rete di sanità territoriale che dovrà riconoscere a pieno titolo il medico di famiglia come prescrittore del corretto stile di vita, personalizzato a seconda delle patologie dei propri assistiti. Alle rappresentanze sindacali il compito di firmare protocolli d'intesa con il CONI e con Sport e Salute, finalizzati alla promozione dell'attività sportiva come corretto stile di vita e come forma di prevenzione per patologie come il diabete e l'obesità. Il binomio sport-salute deve essere concreto, per cui soltanto con il coinvolgimento dei mmg si potranno avere risultati reali.

## IL POTERE TERAPEUTICO DELLA COMPASSIONE



La "compassionate care" è stata definita come la capacità di comprensione e di risonanza emotiva del professionista sanitario rispetto al malessere/

malattia dei pazienti, unitamente alla decisione di agire al fine di alleviare le loro preoccupazioni, lo stress, il dolore e la sofferenza. La compassione richiede empatia, e con molta probabilità è una componente di un sistema adattivo più complesso, evolutosi per stimolare e motivare comportamenti di aiuto nei confronti di chi soffre. Gli studi hanno dimostrato che la compassione nella pratica medica migliora la qualità della cura e dell'assistenza in sanità, e la soddisfazione del paziente, influenzando in ultima analisi sulla salute e il benessere sia degli utenti, sia degli operatori. È essenziale continuare a indagare per comprendere sempre più a fondo l'impatto della compassionate care – e della sua assenza – sia sui pazienti sia sui professionisti sanitari, rinforzando le evidenze, orientando la realizzazione di formazioni specifiche e di pratiche "compassionevoli", all'interno di un contesto/setting coerente e facilitante. Gli studi condotti sinora forniscono raccomandazioni comuni:

- caratteristiche dell'ambiente di lavoro in cui il professionista sanitario opera potrebbero essere un fattore ostacolante rispetto alla possibilità/capacità di manifestare compassione;
- per alleviare il carico di responsabilità del medico, è stato recentemente dato l'avvio all'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale; è necessario approfondire lo studio della telemedicina, il cui utilizzo può avere un impatto positivo o negativo sulla cura;
- il ruolo della compassione andrebbe allargato a tutte le branche della medicina ed all'intero settore sanitario, potenziando la formazione con programmi specifici che migliorino il sistema della qualità delle cure più umano e sostenibile.

[Leggi l'approfondimento](#)

## STUDI UCP: LE SPESE COMUNI PER LA GESTIONE SONO ESENTI DA IVA



L’Agenzia delle Entrate afferma che il regime di favore previsto per i consorzi vale anche per l’associazione di medici, che potrà ripartire le spese necessarie all’organizzazione della sede di lavoro in esenzione di imposta. Il riaddebito delle spese comuni sostenute da un’associazione di medici per la gestione dell’attività, come quelle relative all’assicurazione, manutenzione, pulizia, segreteria, può beneficiare del regime di esenzione dall’Iva (articolo 10, comma 2 del Dpr n. 633/1972). È in sintesi il chiarimento fornito dall’Agenzia con la risposta n. 161 del 26 luglio 2024. Lo riporta il sito Fisco Oggi. L’associazione istante è composta da quattro medici di medicina generale che operano nell’ambito della “assistenza primaria”, all’interno dello stesso territorio e non svolgono attività di “libera professione strutturata” per un orario superiore a cinque ore settimanali. La forma associativa da loro assunta è disciplinata dall’articolo 40 del Dpr 270/2000 e dall’accordo collettivo nazionale della medicina generale del 22 marzo 2005. Chiede quindi se può fruire dell’esenzione Iva per le spese sostenute per la gestione comune, nel momento in cui saranno ripartite pro quota. L’Agenzia ricorda la norma che prevede l’esenzione Iva per le prestazioni di servizi effettuate nei confronti dei consorziati o soci da consorzi, incluse le società consortili e le cooperative con funzioni consortili (articolo 10, comma 2, Dpr n. 633/1972). La misura di favore è stata emanata in recepimento della direttiva comunitaria che ha introdotto l’esenzione Iva per “le prestazioni di servizi effettuate da associazioni autonome di persone che esercitano un’attività esente o per la quale non hanno la qualità di soggetti passivi, al fine di rendere ai loro membri i servizi direttamente necessari all’esercizio di tale attività, quando tali associazioni si limitano ad esigere dai loro membri l’esatto rimborso della parte (...) segue...

**Segue...** delle spese comuni loro spettante, a condizione che questa esenzione non possa provocare distorsioni della concorrenza” (direttiva 2006/211/CE). La norma comunitaria, in pratica, vuole evitare che i soggetti che svolgono attività esenti, siano penalizzati dall’indetraibilità dell’Iva assoluta sugli acquisti necessari alla gestione del loro lavoro. La normativa interna, quindi, ha espressamente tutelato i consorzi (costituiti anche in forma societaria) e le cooperative con funzioni consortili ritenendole strutture associative assimilabili alle generiche “associazioni autonome di persone” individuate dalla norma comunitaria. Per quanto riguarda la prassi, l’Agenzia ricorda la circolare n. 23/2009 che ha equiparato al consorzio le “organizzazioni di origine comunitaria aventi finalità analoghe, quali i gruppi economici di interesse europeo (GEIE)...”. Stessa linea interpretativa, inoltre, con la risoluzione n. 30/2012 sulle società cooperative costituite fra soggetti esercenti l’attività sanitaria, in cui viene precisato che per l’esenzione non è rilevante la forma giuridica assunta dalla struttura associativa, ma l’oggetto sociale. Secondo la stessa risoluzione poi il fatto che l’articolo 10, comma 2, del decreto Iva citato si riferisca alle sole strutture associative di tipo consortile, non può costituire una scriminante rispetto ad altri schemi associativi autonomi costituiti per rendere dei servizi comuni agli associati, funzionali alla loro attività. Alla luce del quadro normativo delineato (comunitario e interno) e dei chiarimenti forniti della prassi, l’Agenzia ritiene che la misura di favore stabilita per i consorzi possa valere anche per l’associazione di medici istante. Di conseguenza la ripartizione delle spese di gestione comuni, necessarie allo svolgimento dell’attività, non sarà assoggettata all’Iva.

[Leggi l’articolo](#)

## FUGA DEI CERVELLI IN CAMICE DAL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



(...) **Segue...** È l'approccio aziendalistico, in cui il rispetto di vincoli di bilancio prevale su criteri di valutazione fondati sulla necessità e l'appropriatezza delle prestazioni per la tutela della salute dei cittadini e che, di conseguenza, pone il medico in posizione subordinata rispetto ai responsabili economico-finanziari della sanità. Il contenimento della spesa come obiettivo primario ha generato il perverso spostamento del costo di una parte non irrilevante di prestazioni appropriate dal bilancio pubblico ai budget privati delle famiglie, creando il presupposto di una sanità differenziata per capacità economica. L'aziendalizzazione è stata anche all'origine di una prolungata e autolesionistica politica di contenimento della spesa per il personale sanitario, con un marcato disinvestimento nei medici, infermieri e altri operatori. Così, nel tempo, lavorare nel Servizio sanitario è diventato sempre più difficile, pesante, ad altissimo rischio di burn-out, senza adeguate gratificazioni economiche. Da qui l'inevitabile fuga dal SSN verso soluzioni professionali meno logoranti e più gratificanti nella sanità privata e di altri Paesi.

### L'EDITORIALE "Hub & Spoke" digitali per salvare la medicina generale di Eleonora Grimaldi

(...) **Segue...** quale l'ACN in medicina generale, per costringere i medici di famiglia a lavorare esclusivamente in strutture, denaturando in tal modo professionisti che fanno un altro tipo di lavoro sul Territorio, garanti della medicina di prossimità e della capillarità delle cure. A che pro se tutte le distanze grandi o piccole sono nulle con l'intelligenza artificiale (IA) che attraverso i suoi strumenti muove l'intelligenza umana verso chi deve essere aiutato? Ad oggi rappresenta lo strumento per risolvere ogni tipo di problema fisico dal momento che l'IA accelera i processi sanitari tramite una comunicazione a velocità disarmante abbattendo addirittura le disuguaglianze sociali perché fruibile e gratuita. Oramai ben radicata nella pratica clinica quotidiana sempre più digitalizzata la maggior parte dei medici e dei pazienti comunicano e condividono velocemente informazioni, opinioni e pensieri. I pazienti sentono che possono avere risposte molto più celeri dal proprio medico curante che è disponibile ad interagire anche "a distanza" risolvendo parte dei problemi di salute dei propri assistiti. L'intelligenza emotiva è umana, nessun robot potrà mai sostituirla, ma noi grazie ai processi tecnologici innovativi possiamo migliorare decisamente la nostra professione e semplificare tutto: restare dove vogliamo lavorare e dove i pazienti vogliono essere curati, ovvero vicino il proprio domicilio, con "hub & spoke" digitali che colleghino i mmg coi pazienti ovunque: dalle UCP alle Case di Comunità! Utopia? No, visto che è ciò che prevede realmente il PNRR.



<https://fimmglaziotv.org>



Il Mio Sostituto  
RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

[www.miosostituto.it](http://www.miosostituto.it)

## 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](mailto:redazione@fimmgroma.it)



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi