



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 18 di Dicembre 2024

SCUOLA QUADRI: GIORNATE DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PER I MMG



Il 14 dicembre presso la sede della FIMMG Roma si è tenuto il primo incontro formativo della Scuola Quadri, che ha visto la partecipazione di oltre cinquanta medici di medicina generale provenienti dalle province del Lazio. Sono state evidenziate le criticità della professione, oltre le problematiche relative al Sistema sanitario e alla luce di tavoli di confronto su diverse temi, sono state elaborate proposte che saranno presentate ai tavoli istituzionali. Il clima di confronto e dialogo intergenerazionale è stato alla base delle progettualità emerse; un'iniziativa decisamente importante per il rilancio professionale, poi il concretizzarsi di progetti interessanti dipenderà da come la forza sindacale riuscirà ad interagire con la parte politica. Il materiale di studio a supporto dei medici è stato ampio: dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2019-22 all'ultimo Accordo Integrativo Regionale (AIR) del Lazio del 2022, dal DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale al Decreto Liste d'attesa 2024 fino al Piano Nazionale Cronicità 2024. Un'excursus della normativa nazionale e regionale che ha permesso di spaziare ed approfondire su più ambiti: dalla sostenibilità economica in sanità al significato di "comunità" in medicina, dalla medicina della persona alla medicina di precisione, dall'innovazione tecnologica negli studi dei MMG alla comunicazione con i pazienti, dalla gestione del personale di studio all'integrazione delle figure professionali sanitarie sul Territorio. Ci saranno altre giornate per ulteriori confronti.

L'EDITORIALE

"AFT e UCCP per la riorganizzazione della medicina generale"

di Eleonora Grimaldi

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nascono con la legge Balduzzi del 2012 e citate anche nell'attuale DM 77, ma sono trascorsi ben dodici anni dalle "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e ad oggi nella Regione Lazio il nulla! Idem per le UCCP (unità complesse di cure primarie), espressione di una progettualità ancora più ampia perché forme organizzative multi-professionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle (...) [Continua all'ultima pag.](#)

I MEDICI DI FAMIGLIA NELLE SCUOLE: PROGETTI SCOLASTICI PER INSEGNARE EDUCAZIONE E RISPETTO CON SPORT E SALUTE



La III° Edizione del Progetto Nazionale "Move Run Walk Against Bullying", teso alla formazione per il contrasto di ogni forma di violenza tra cui il bullismo, cyberbullismo, violenza di genere, ha visto la partecipazione della dott.ssa Eleonora Grimaldi in rappresentanza di FIMMG Roma, all'incontro pubblico del 17 Dicembre 2024 "Sport, Cultura e Legalità" presso l'Istituto Comprensivo "Rosetta ROSSI". L'incontro, organizzato dal Presidente Carmelo Mandalari dell'associazione "GS Flames Gold (IAPS)" ha coinvolto numerosi professionisti (avvocati, psicologi, sportivi). La promozione dell'iniziativa di aggregazione sociale e sportiva "Scuole in Campo" del XIV Municipio di Roma Capitale, attraverso l'organizzazione dell'evento in cui hanno partecipato 400 ragazzi e ragazze degli Istituti Scolastici di 1° Grado, ha visto il supporto dell'Impresa Sociale Promet ETS e dell'ASD Astrea Calcio della Polizia Penitenziaria. L'obiettivo è sensibilizzare i nostri giovani allo sport, alla cultura della legalità e al benessere psico-fisico perché "se non credi in te stesso, nessuno lo farà per te."

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>

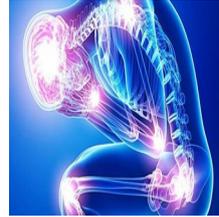
LO SPORT COME TERAPIA

Dalla Rubrica settimanale "La Salute di famiglia"
Di Eleonora Grimaldi



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 concreti con lo scopo di realizzare una rete multidisciplinare sul territorio

UNA DIETA SANA CONTRO IL DOLORE CRONICO



Da uno studio condotto da un team di ricercatori dell'Università dell'Australia Meridionale, guidato da Sue Ward e pubblicato da Nutrition Research emerge che una dieta sana può ridurre in modo incisivo la gravità del dolore cronico. Circa il 30% della popolazione mondiale soffre di dolore cronico. Le donne e le persone in sovrappeso o obese risultano più colpite da questa patologia. Molti pazienti, inoltre, non riescono a trarre giovamento dalle terapie a disposizione.

Il team di ricerca, studiando le associazioni tra grasso corporeo, dieta e dolore in 654 adulti australiani, ha scoperto che un maggior consumo di alimenti presenti nelle linee guida dietetiche consigliate è direttamente associato a livelli inferiori di dolore corporeo: questo fenomeno si verifica in particolare tra le donne.

Dall'analisi è emerso inoltre che il consumo di verdure, frutta, cereali, carni magre e latticini, in quantità maggiori rispetto ad altri alimenti, è correlato a un dolore minore, indipendentemente dal peso corporeo. Una correlazione di estrema importanza, giacché le condizioni di sovrappeso o di obesità sono noti fattori di rischio per il dolore cronico. È noto che mangiare bene fa bene alla salute e aumenta il benessere psico-fisico, ma sapere che semplici cambiamenti nella dieta potrebbero aiutare a gestire il dolore cronico potrebbe cambiare la vita di chi ne soffre.

Questo studio porta ad affermare che siano le proprietà antinfiammatorie ed antiossidanti dei gruppi alimentari più sani a ridurre il dolore, ma non possiamo ancora stabilire se una dieta di qualità inferiore aumenti il dolore o se, viceversa, il dolore spinga verso un'alimentazione di qualità inferiore.

LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ASMA NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE



In occasione del congresso europeo di medicina respiratoria (ERS), tenutosi di recente a Madrid, sono state varate le nuove linee guida della Global Initiative on Asthma (GINA). Molte le novità, a cominciare da quella più eclatante, per quanto attesa e dovuta, che segna un punto di rottura rispetto ad anni e anni di pratica clinica: sconsigliare i beta agonisti a breve durata d'azione negli adulti e negli adolescenti con una crisi d'asma. Dopo 30 anni viene così scardinata un'abitudine tanto inveterata, quanto pericolosa e la ragione è così spiegata dagli esperti: i beta agonisti short acting (SABA) possono salvarvi la vita durante una crisi asmatica, ma anche ucciderti. A farla da padrone, sia nella terapia di mantenimento che in quella al bisogno, sono le associazioni di corticosteroidi inalatori (ICS)-beta agonisti long acting (LABA). Al centro di tutto le preferenze dei pazienti divisi in preferred controller (quelli a favore della terapia di mantenimento) o preferred reliever (i fautori della terapia al bisogno). In medicina generale è importante valutare l'integrazione degli strumenti convalidati disponibili, tra cui il carico dei sintomi, la storia delle esacerbazioni ed il rischio per il paziente con asma e diventa necessario informare i pazienti sui segnali di allarme e sui sintomi della perdita del controllo dell'asma che possono precedere le esacerbazioni così da facilitare l'inizio di un trattamento tempestivo ed efficace per prevenire le esacerbazioni o ridurre la gravità. È fondamentale riconoscere e supportare i piani di istruzione e gestione che affrontano il rischio di esacerbazione per i pazienti affetti da asma di qualsiasi grado di gravità. Valutare l'aderenza alla terapia prescritta (target dell'aderenza deve essere $\geq 75\%$) e alla tecnica di inalazione durante le visite, ponendo domande non giudicanti e fornire istruzione e supporto sulla base di tale valutazione è quanto meno necessario. **Segue ...**

Segue... Per quanto riguarda gestione e prevenzione, occorre saper riconoscere gli effetti avversi cumulativi dell'uso di corticosteroidi sistemici (SCS) e lavorare per evitarne l'uso eccessivo prevenendo future esacerbazioni. Avere una visione a lungo termine permette di prendere in considerazione l'uso di regimi di rapido sollievo AIR, MART (terapia di mantenimento o di sollievo), precedentemente nota come SMART (terapia di mantenimento e di sollievo con singolo inalatore) o ICS-SABA per il trattamento dell'asma e degli episodi di esacerbazione, al fine di affrontare l'infiammazione sottostante e favorire la broncodilatazione. Dopo una crisi acuta di asma, richiedere una visita di controllo del paziente a breve per valutare le misure per prevenire future esacerbazioni diventa indispensabile; queste possono includere l'istruzione sull'autogestione, la revisione della tecnica di inalazione, la valutazione dell'aderenza, consigli per smettere di fumare, un piano d'azione aggiornato per l'asma e l'aggiornamento delle vaccinazioni. La problematica dell'accesso alle cure per l'asma è costantemente presente nella pratica clinica quotidiana del medico di medicina generale: cercare di migliorare l'accesso tempestivo alle cure e ai trattamenti per l'asma per ridurre i ritardi nella prevenzione e nella gestione delle esacerbazioni dovrebbe essere tra gli obiettivi più importanti. Sicuramente bisogna cercare di tenere in considerazione le prospettive, le preferenze e gli obiettivi dei pazienti e delle famiglie nella cura dell'asma, allo stesso modo essere attori della rete per la cura dell'asma, partecipando attivamente all'assistenza multidisciplinare basata sul team dei pazienti affetti da asma per garantire la continuità delle cure e outcome migliori. Per approfondimenti: Global Initiative for Asthma - 2024 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention; Skolnik N et al. Best practice advice for asthma exacerbation prevention and management in primary care: an international expert consensus. NPJ Prim Care Respir Med. 2024 Nov 17;34(1):39. doi: 10.1038/s41533-024-00399-2

STILE DI VITA: associazione tra dieta e rischio oncologico in relazione al contesto socio-economico



Lo stile di vita influenza enormemente la qualità di vita, lo dimostrano numerosi studi scientifici. Per esempio, una dieta equilibrata va ad incidere sul rischio oncologico, anche se esistono difficoltà nel

lo studio dell'associazione fra alimentazione e tumori per svariate motivazioni:

1. Complessità dell'esposizione: l'alimentazione è un insieme di alimenti, contenenti principi attivi, che agiscono sinergicamente.
2. Misura dell'esposizione: la rilevazione dei consumi tramite intervista ha una bassa precisione e un potenziale errore di classificazione non differenziale. Limitato uso di biomarcatori.
3. Latenza temporale: i tumori hanno un lungo tempo di latenza, quindi l'alimentazione ha potenzialmente effetti a lungo termine.
4. Cofattori e confondenti: la valutazione dei cofattori e confondenti è particolarmente difficile (alcol, BMI, etc.)
5. Studi sperimentali: difficili da condurre su questo argomento. Evidenziano solo effetti a breve termine (con esiti intermedi).

E' necessario considerare anche come il contesto socio-economico influenzi lo stato di benessere e la qualità di vita in generale: lo svantaggio socio-economico è caratterizzato da una dieta meno sana fin dall'età di 6 anni, si associa a ridotta attività fisica e maggiore prevalenza del fumo a partire dall'adolescenza così come le differenze nel pattern lipidico (colesterolo e trigliceridi), nel BMI e nella pressione sanguigna, le quali sono peggiori tra le persone socialmente svantaggiate (fonte Saki et al. Lancet PH 2018)

La sanità pubblica non è una priorità, lo è la sanità integrativa



Il disegno di legge di bilancio per il 2025-2027, ora all'esame del Parlamento, definisce come il Governo intende affrontare le gravi difficoltà che incontrano le persone che hanno bisogno di assistenza. La legge di

bilancio si muove entro il percorso di aggiustamento del livello di spesa primaria netta fissato nel Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029 (PSB), in coerenza con la traiettoria di riferimento predisposta dalla Commissione europea, con il compito di riportare il deficit al di sotto del 3% del PIL. Ma i saldi di bilancio, che guidano la manovra, non definiscono tutto, si tratta di una questione di priorità nell'allocazione delle risorse che in linea con le scorse manovre di bilancio continua a privilegiare investimenti in altri settori. Il Governo conferma l'impegno a sostenere la spesa sanitaria, ma l'obiettivo perseguito è lo sviluppo del secondo pilastro: la sanità integrativa, come indicato nel PSB e come le scelte allocative della legge di bilancio confermano. Non si arresta la tendenza già avviata lo scorso anno ad espandere i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati: +0,5% nel 2025 e +1% dal 2026, confermando l'intenzione di rafforzare la privatizzazione di consistenti quote di spesa sanitaria. In valore assoluto l'incremento per i privati è di 61,5 milioni nel 2025 (che si sommano ai 368 mln già autorizzati con la LB 2024), mentre dal 2026 l'aumento complessivo è di 613 milioni, un regalo non da poco che dovrebbe far salire il tetto massimo a 13 miliardi, sostenuto dalle difficoltà nelle strutture pubbliche per il recupero nelle liste di attesa. Le iniquità e gli alti costi che il secondo pilastro potrebbe comportare sono totalmente sottovalutati e gli italiani rischiano di ritrovarsi con un sistema che comporta un aumento della spesa complessiva, una crescita dell'inappropriatezza e un aumento delle disuguaglianze, come dimostrato da tutti gli studi internazionali. Dopo decenni di un Servizio sanitario certamente imperfetto, ma pensato per assicurare a tutti l'assistenza, gli italiani stanno vivendo uno dei timori più disumani che si possano provare: la paura di non potersi curare a causa dell'alto costo delle cure.

LE BIBLIOTECHE: PARTE DEL SISTEMA SALUTE DELLE HEALTH HUMANITIES



Le biblioteche stanno diventando sempre di più parte del sistema della salute e del benessere, con iniziative legate al mondo delle “Health Humanities”. Da una survey che riguarda un campione di circa 400 biblioteche è emerso che il 52% di biblioteche ha organizzato attività di promozione della salute almeno una volta negli ultimi anni. Le biblioteche possono promuovere le Health Humanities, ovvero la contaminazione tra discipline umanistiche, arti e scienze per promuovere la salute, grazie alla loro presenza capillare sul territorio e al loro forte impatto sociale, confermandosi strumenti fondamentali per promuovere una società più equa, responsabile e sostenibile. Dai risultati della survey emerge che la tipologia di eventi organizzata più spesso è il seminario o il workshop, seguita dai gruppi di lettura. Nella maggior parte dei casi sono coinvolti soggetti esterni, e il principale target delle iniziative è il pubblico adulto. Le biblioteche, storicamente custodi della conoscenza, oggi assumono un ruolo centrale: diventano luoghi di incontro, partecipazione e benessere, capaci di incidere concretamente sulla qualità di vita delle persone. Grazie all’approccio delle Health Humanities, con attività di ricerca, formazione e comunicazione, è possibile integrare scienze, arti e discipline umanistiche per promuovere la salute. Sono 8.131 le biblioteche pubbliche e private censite dall’ISTAT nel 2022, quasi sette comuni italiani su dieci (il 67,5%) posseggono almeno una biblioteca, purtroppo con squilibri territoriali. Se pensiamo alle nuove sfide sociali che caratterizzano il nostro tempo apparirà forse ancora più evidente in cosa si può sostanziare il ruolo delle biblioteche in termini di benessere collettivo con ricadute in termini di qualità della vita individuale e in generale il loro potenziale in termini di salute collettiva. Rappresentano presidi culturali più accessibile nel nostro Paese, aperte e gratuite.

CERTIFICATI INPS: OGNI MEDICO “PUBBLICO” O “PRIVATO” PUO’ EMETTERLI



Per l’Inps i certificati di malattia emessi dai medici liberi professionisti ai pazienti hanno lo stesso valore di quelli emessi dai camici bianchi che lavorano per il SSN. La conferma arriva direttamente dall’Istituto, che ha diffuso alle sedi territoriali il [messaggio INPS](#). Si tratta di un parere rilevante, perché conferma le prerogative dei medici privati e mette fine all’incertezza sull’ammissibilità dei loro certificati per l’ottenimento dell’indennità di malattia INPS. Nonostante la parificazione tra medici “privati” e “pubblici” sull’obbligo di invio di tutte le certificazioni per via telematica, per i “privati” permangono alcune limitazioni quando il paziente è un dipendente pubblico. Quando il paziente ha un rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione, infatti, il medico “privato” può certificarne la malattia solo per la prima e seconda assenza nell’anno solare e per assenze inferiori a 10 giorni. Assenze ulteriori o di maggiore durata, dovranno invece essere certificate da medici di una struttura del SSN, dunque convenzionati, come i medici di medicina generale o specialisti ambulatoriali.

Metaplasia gastrica intestinale (GIM): prevalenza mondiale della precancerosi



La GIM è una lesione precancerosa che aumenta il rischio di carcinoma gastrico. È stata esaminata la prevalenza con una revisione sistematica e una meta-analisi, sulla base delle linee guida di reporting PRISMA, con l’obiettivo di stimarne la prevalenza globale. All’inizio sono stati reperiti 4946 studi, ne sono stati selezionati 20 per un totale di 57.263 pazienti che soddisfacevano tutti i criteri di inclusione prestabiliti. La prevalenza globale di GIM è risultata del 17,5%; la percentuale più alta di prevalenza è americana (18,6%) e in pazienti con reflusso gastroesofageo (22,9%). La prevalenza di GIM nel mondo è elevata e necessita attenzione da parte dei decisori politici.

PIANO NAZIONALE CRONICITA' 2024: CRITICITA' E PROSPETTIVE di Giacomo Alfonso



I dati contenuti nel Piano Nazionale della Cronicità aggiornato al 2024 ci indicano che in Italia per una popolazione di 59 mln di abitanti, ci sono 14.18 mln di

ultrasessantacinquenni. Siamo Il Paese UE con la maggiore quota di anziani (4.5 mln di ultraottantenni). Nell'arco di 20 anni le persone con più di 65 anni saranno 19 mln, gli ultraottantenni saranno 6.5 mln. A ciò si aggiunge la denatalità, l'aumento della solitudine (secondo le stime le famiglie unipersonali saranno 6 mln tra 20) con conseguente riduzione del sostegno apportato agli anziani malati cronici da parte delle famiglie. L'80% dei costi sanitari è assorbito dalla gestione delle malattie croniche. Nel 2019 i costi della gestione delle malattie croniche si aggirava intorno ai 66,7 mld di Euro, secondo l'ISTAT tali costi al 2028 saranno di circa 70,7 mld di Euro. In base allo scenario prospettato nella premessa e tenendo conto dell'aumento dei costi determinato dall'ingresso sul mercato dei nuovi strumenti terapeutici appare evidente che i costi del Welfare e del SSN/SSR sono destinati a salire. L'aumento dei costi e le prospettive demografiche possono indurre a pensare che un sistema sanitario universalistico non sia più sostenibile. Per valutare l'efficienza e la sostenibilità del sistema sanitario bisogna tener conto delle performance di salute ottenute e dei costi sostenuti per ottenerli. Per quanto riguarda le performance, il rapporto Mirror 2024 (che analizza le performance sanitarie di 9 paesi occidentali) ha rilevato che Australia, Paesi Bassi e Regno Unito (che ha un sistema sanitario universalistico) sono i primi tre paesi per performance sanitaria, nonostante le classifiche generali in questo studio emerge che tutti i paesi hanno punti di forza e punti di debolezza fatta eccezione per gli USA dove la performance del sistema sanitario è drasticamente inferiore rispetto agli altri paesi nonostante (...) **Segue...**

Segue... le classifiche generali in questo studio emerge che tutti i paesi hanno punti di forza e punti di debolezza fatta eccezione per gli USA dove la performance del sistema sanitario è drasticamente inferiore rispetto agli altri paesi nonostante una spesa in costante aumento. Analizzando i livelli di spesa come percentuale del PIL dal 1980 al 2023 è possibile notare che gli USA rispetto ad altri paesi occidentali (Francia, Germania, Svizzera, Nuova Zelanda, Canada, Svezia, UK, Olanda e Australia) hanno speso circa il 16 per cento del loro PIL, staccando di gran lunga gli altri paesi ciò nonostante sono il fanalino di coda per performance di salute. Da questo possiamo trarre la conclusione, che "non è importante" quanti soldi si spendono in sanità ma come si spendono. In questi anni stiamo assistendo al forte investimento del PNRR che prevede 15,63 mld di euro distinti in M6 C1 - Reti di prossimità, strutture, telemedicina per assistenza sanitaria territoriale. M6 C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN. Tale investimento non riguarda però i compensi per il personale sanitario per i quali gli stanziamenti in aumento progressivo dal 2021 si fermano al 2026 (art 1 comma 274 30 dic. 2021). C'è il rischio quindi che le strutture finanziate dal PNRR non vedano mai la piena efficienza dopo il 2026 se non si mettono i soldi per il personale. La sfida della sostenibilità del sistema sanitario nazionale, sulla base delle premesse si gioca invece sul potenziamento degli interventi sanitari in grado di prevenire lo sviluppo di patologie croniche e la multimorbilità dei pazienti, ottimizzarne i costi di cura attraverso la conoscenza e l'applicazione della medicina basata sulle evidenze adattata al singolo individuo. La figura che nell'ambito del SSN può riuscire in tale risultato è a il MMG perchè detiene il rapporto di fiducia con il paziente, i dati della sua storia familiare, opera in strutture distribuite su tutto il territorio, opera con software gestionali al passo con i tempi, conosce la comunità ed è tenuto ad assistere in modo adeguato i propri pazienti se non vuole vedere ridotti i propri compensi.

[Segue all'ultima pag.](#)

L'EDITORIALE

“AFT e UCCP per la riorganizzazione della medicina generale” di Eleonora Grimaldi

Segue (...) altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni dovrebbero dotare i poliambulatori di strumentazione di base, operanti in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. In un'organizzazione territoriale ideale ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria UCCP di riferimento: i medici del ruolo unico di assistenza primaria si raccordano tramite le AFT alle attività della forma organizzativa multi-professionale con diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, garantendo l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni a settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, assicurando l'erogazione dei LEA, i livelli essenziali di assistenza. La legge di Proust aiuta ad uscire dallo scomodo “impasse” che logora questo progetto che da anni ha la sua base legislativa, ma che per mancanza di volontà politica non viene realizzato. Ebbene “quando due o più elementi chimici reagiscono per formare un determinato composto, si combinano sempre secondo proporzioni in massa definite e costanti”. Basterebbe seguire questa legge della fisica e realizzare finalmente LE case della Comunità “spoke” caratterizzate dalle numerose AFT di riferimento territoriale, a cui si affida la responsabilità di attuazione dei “modelli di Sanità di Iniziativa”, in coerenza con l'analisi e la programmazione distrettuale. Nella speranza che prima o poi si realizzi l'ambizioso progetto di riassetto della medicina generale, il mio auspicio è che l'anno nuovo possa illuminare la coscienza politica.

PIANO NAZIONALE CRONICITA' 2024: CRITICITA' E PROSPETTIVE di Giacomo Alfonso

La valorizzazione della figura del Medico di Famiglia passa per la gratificazione dei risultati e obiettivi di salute ottenuti, uno scenario innovativo che potrebbe incentivare e motivare il Medico di Medicina Generale a migliorare le proprie performance è quella di restituire, al singolo professionista e in futuro all'AFT, una quota della spesa sanitaria risparmiata effettuando di programmi di prevenzione e screening, evitando ricoveri impropri e di consentire alle AFT più efficienti di assistere quote maggiorate di popolazione per coprire le carenze o le inefficienze di altre AFT o dei servizi distrettuali.



LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

Mensile telematico della Fimmg Roma

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



SECRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma

E mail : redazione@fimmgroma.it