



AVVENIRE MEDICO

I TEMI E IL PROGRAMMA DEL 65° CONGRESSO FIMMG METIS

ATTUALITÀ L'agenda di Regioni e Parlamento per il nuovo anno politico / 7

SCIENZA Influenza: si riparte! / 27

ALIMENTAZIONE La presa in carico del paziente obeso adulto / 40



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

8-10

N. 8 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO

EDITORIALE

Quattro anni verso il cambiamento



Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Ci è sembrato opportuno, a pochi giorni dall'elezione del nuovo gruppo dirigente del sindacato, offrire a chi ci legge un rapido riassunto di questi quattro anni.

Il filo conduttore sta nella necessità del cambiamento, nella volontà di cambiamento da parte della medicina generale. Dunque, il cambiamento come obiettivo strategico. In poche parole: eliminazione della concorrenza fra medici di medicina generale, accesso e ruolo unico, ristrutturazione del compenso, lavoro di squadra, rendicontazione. Da questo discende il lavoro che abbiamo compiuto: creare relazioni istituzionali vere con gli organi di governo, sia centrale che regionale, costruendo la nostra immagine, la nostra realtà di interlocutori credibili e affidabili. Certamente, il dibattito e il confronto interno è stato importante, rivelando, soprattutto in occasione della sigla delle convenzioni e del percorso accidentato della certificazione on line, esplicite aree di dissenso interno che, sono convinto, fanno bene ad un'associazione matura, responsabile e democratica come la nostra.

Ma il timore di perdite di consenso, a causa del continuo lavoro di sciacallaggio operato

da alcuni dei nostri *competitor* minori, si è rivelato infondato. Avevamo, a inizio mandato, pensato di creare un momento forte di condivisione con tutti i sindacati e le associazioni della medicina generale, ma lo sforzo, purtroppo, non ha dato i risultati sperati. Continua però il lavoro di confronto e, quando è possibile, di collaborazione con le società scientifiche della medicina generale e con i sindacati degli specialisti e degli ospedalieri. Grazie per questo ad Amedeo Bianco, che ha connotato la Fnomceo quale luogo di confronto e concertazione fra categorie diverse. Per quanto riguarda la previdenza, è sotto gli occhi di tutti il risultato ottenuto. Se verrà rispettata l'ipotesi di privatizzazione dell'ente, ci assumeremo le responsabilità necessarie, nell'interesse della categoria. Certo non aiuta per niente il blocco delle convenzioni, e questo è un problema grave. Ma lavoriamo per portare a casa un atto legislativo sui contenuti della convenzione che segua il percorso che abbiamo tracciato con la ri-fondazione della medicina generale e non mancheranno i risultati, utili per i medici e utili per i cittadini.

*Buon congresso a tutti i delegati.
Buon lavoro a tutti gli iscritti*

Il tema del 65° Congresso Fimmg - Metis

Perché la medicina generale deve passare dall'attesa all'iniziativa

Oggi la vera sfida per il sistema sanitario è la gestione delle malattie croniche. E nel prossimo futuro sarà ancora più evidente. L'unica risposta possibile e sostenibile è la presa in carico sul territorio di coloro che

hanno già sviluppato patologie e la prevenzione attraverso interventi che correggano gli stili di vita. Ed è in questa direzione che andrà il nostro lavoro di medici di medicina generale

di Donatella Alesso

Dall'attesa all'iniziativa: costruiamo il cambiamento. Così abbiamo voluto intitolare quest'anno il nostro Congresso, mettendo al centro dell'attenzione quello che è una vera trasformazione epocale per la medicina generale.

Un cambiamento che è già cominciato, silenziosamente, nei nostri studi e che ora si va definendo, perfezionando, inventando strumenti conoscitivi e organizzativi adeguati.

Essere medico di famiglia, lo sappiamo tutti, non vuol più dire limitarsi a dare risposte a malesseri o malattie "puntuali". Non basta più aspettare che la persona venga a sottoporci il sintomo, il problema e cercare il rimedio che lo guarisca. Sempre più spesso la malattia che del "nostro" paziente è una malattia cronica, che dunque va seguita nel tempo, valutando l'evoluzione, la risposta alle terapie, interagendo con colleghi specialisti, tenendo conto di protocolli e linee guida. E accanto a questo, forti del nostro speciale rapporto fiduciario con le persone, abbiamo imparato anche ad intervenire preventivamente, valutando la storia familiare, le abitudini, talvolta i "vizi" del nostro interlocutore e suggerendo indagini diagnostiche ma anche interventi di prevenzione sul cibo, sul fumo, sull'attività fisica, per cercare di scongiurare o allontanare nel tempo l'insorgere

di una malattia.

Questo cambiamento di prospettiva sta ora trovando un riscontro in nuove forme organizzative e anche in nuovi approcci conoscitivi. Anche perché, e non è una considerazione di poco conto, è in gioco la possibilità di tenuta dell'intero sistema sanitario. Trattare, infatti, un paziente cronico, che dovrà convivere con la sua malattia per molti anni, come si trattavano un tempo gli "ammalati" (ad esempio ricoverandoli ad ogni nuovo sintomo) comporterebbe costi altissimi, tanto da rendere in breve insostenibile la spesa sanitaria.

Dunque, l'esperienza sul campo di molti medici di famiglia e gli interessi del sistema sanitario convergono nella ricerca di nuove soluzioni. E sarà proprio que-

sta la chiave unitaria dei molti appuntamenti previsti nel corso del Congresso Fimmg-Metis a Santa Margherita di Pula, sia per quanto riguarda gli interventi, le relazioni e i dibattiti rivolti all'intera platea congressuale, sia nei moltissimi workshop di formazione (v. programma dettagliato del Congresso nelle pagine centrali del giornale).

Una particolare attenzione, ovviamente, sarà rivolta a come questi contenuti hanno trovato un riscontro nei nuovi Accordi collettivi di lavoro, con la valorizzazione del lavoro in associazione e in rete. Perché il cambiamento organizzativo deve necessariamente procedere di pari passo con il cambiamento culturale.

E molto spazio sarà dedicato a tutte le patologie dismetaboliche, dall'obesità al diabete, dalle malattie cardiovascolari alle malattie respiratorie. Ovvero tutte quelle che vanno a comporre quella che ormai viene chiamata "emergenza cronicità" e che richiedono alcune modifiche nel nostro modo di lavorare, soprattutto in due direzioni. Innanzi tutto occorre migliorare la compliance dei pazienti alla terapia, perché solo attraverso questa collaborazione è possibile ottenere risultati positivi, soprattutto tenendo conto che si tratta di cure che dureranno per un lungo periodo e, in molti casi, per tutta la vita. Per quanto riguarda il medico invece, occorre imparare a guardare non solo il singolo caso, ma l'insieme dei pazienti in una dimensione più complessiva, così da poter condurre vere campagne di prevenzione mirata, con screening rivolti a segmenti selezionati di popolazione, ma senza mai rinunciare a quel rapporto speciale tra medico di famiglia e paziente che è il nostro più grande "valore aggiunto".

Come si voterà al Congresso

Il 65° Congresso nazionale della Fimmg è un congresso elettivo, cioè un Congresso nazionale ordinario che ha il compito di eleggere, per i prossimi quattro anni, i vertici della nostra associazione professionale. Tutte le procedure si svolgeranno secondo quanto previsto dal-

l'ultima versione dello Statuto nazionale, approvata al 62° Congresso nazionale di Villasimius il 13 ottobre 2007 e ratificata poi a Roma il 10 novembre dello stesso anno.

Alla votazione parteciperanno tutti i delegati delle sezioni provinciali e dei settori

che compongono il sindacato, come previsto dall'articolo 8, mentre cariche e funzioni dei vertici nazionali del sindacato sono definite dagli articoli 9, 10, 14, 16, 17 e 18.

Il testo integrale dello Statuto è disponibile sul sito www.fimmg.org

Collaudo concluso, ma sanzioni sospese

Certificazione on line: accolte le nostre ragioni

Ancora una fase di monitoraggio per risolvere le molte criticità emerse in questi mesi, grazie

all'impegno della Fimmg e della Fnomceo e alla fattiva comprensione del ministro Fazio

La piattaforma ha sostanzialmente funzionato, ma ci sono ancora diverse criticità da risolvere. Per questo è stato chiesto al ministro per la Funzione Pubblica, Renato Brunetta, di emanare un'apposita circolare che sospenda fino al 31 gennaio 2011 ogni sanzione verso i medici.

Questo il compromesso raggiunto dalla Commissione formata dai tecnici ministeriali, dell'Inps e dell'Inpdap, e dai rappresentanti della Fnomceo e della Conferenza delle Regioni. "La piattaforma funziona, ma i problemi sono ancora molti, a cominciare dalla copertura dell'Adsl che non arriva dappertutto". Così **Guido Marinoni**, presidente Omceo di Bergamo e rappresentante Fnomceo al tavolo sulla certificazione on line, sintetizza le ragioni che hanno spinto i medici ad una ferma opposizione alla chiusura della fase sperimentale della procedura per l'invio telematico dei certificati di malattia, così come previsto dal decreto legislativo n. 150/2009, più noto come "Riforma Brunetta". "Si sono fatti passi avanti notevoli – ha spiegato Marinoni – ma restano troppi problemi aperti, a cominciare dal call center (la struttura di supporto telefonico, ndr) avviato solo da pochi giorni. E i problemi ci sono sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero. Come si fa con la Guardia Medica? Qual è la procedura per il Pronto Soccorso?". "Siamo convinti che senza o contro i professionisti non è possibile lavorare concretamente e in modo da migliorare efficacemente i servizi resi ai cittadini" ha

ni sindacali mediche, che continuerà nei prossimi mesi. Il segretario della Fimmg, **Giacomo Milillo** ha costantemente informato gli iscritti al sindacato dello stato dell'arte della trattativa attraverso email e le notizie apparse sul sito della Fimmg nazionale. Nella lettera inviata all'indomani dell'accordo raggiunto dalla commissione tecnica, Milillo sottolinea come siano ancora molte le questioni da risolvere per la piena applicazione della procedura on line "sia in ambito ospedaliero che territoriale, per le quali vanno previste soluzioni da porre in atto in tempi brevi nella fase di compiuta ottimizzazione, al fine di realizzare la finalità di un sistema che richiede il complessivo allineamento di tutte le responsabilità". Particolari ringraziamenti sono stati rivolti, sia da Bianco che da Milillo, al ministro Fazio che ha compreso e sostenuto le ragioni dei medici, contribuendo in modo decisivo alla individuazione di una soluzione condivisa.

E.A.

dichiarato **Amedeo Bianco**, sottolineando come la Fnomceo, unico rappresentante di categoria all'interno della commissione tecnica, abbia mantenuto un confronto costante con le organizzazio-

www.epatiteb.info

Informazioni sull'epatite B
disponibili in 11 lingue



È un'iniziativa
Bristol-Myers Squibb

*I provvedimenti allo studio
delle Commissioni di Camera e Senato*

L'agenda della sanità in Parlamento...

di Stefano Simoni

Dopo la pausa estiva, riprendono i lavori parlamentari sia pure con qualche incertezza. Già perché l'estate appena trascorsa, da un punto di vista politico, con le feroci polemiche e le violente tensioni all'interno della maggioranza, è stata tra le più calde degli ultimi anni. Voto, governo istituzionale, elezioni dopo riforma della legge elettorale, tenuta dell'esecutivo con appoggio esterno, crisi di Governo, dimissioni del presidente della Camera, fal-

chi e colombe.

Quale che sia l'esito di questa fase, la XVI legislatura, iniziata il 29 aprile 2008, è giunta al giro di boa. Dopo due anni e mezzo i provvedimenti esaminati dal Parlamento sono stati 579. Di questi 227 sono i disegni di legge del Governo e 352 i progetti di legge di iniziativa parlamentare o diversa (Regioni, Cnel, Popolare). Tra i provvedimenti che riguardano la sanità già divenuti legge in questa legislatura ci sono da segnalare soprattutto la

legge sulla terapia del dolore e le cure palliative e quella che ha istituito la farmacia dei servizi, per la quale tuttavia mancano i decreti attuativi all'esame delle Regioni. Poco più di venti, invece, i provvedimenti "sanitari" ancora all'esame nelle Commissioni competenti. Si va dai più "noti" come il Ddl sul governo clinico (che dopo un breve esordio in Aula a Montecitorio è tornato in Commissione) o quello sul testamento biologico (che dopo la foga iniziale sembra essere caduto nel dimenticatoio). C'è poi la riforma delle professioni, due provvedimenti che in misura diversa trattano la riorganizzazione del Ssn e un Ddl che interviene sulla responsabilità professionale nel tentativo di regolarla.

Di seguito riassumiamo i contenuti dei provvedimenti di maggiore rilievo (tutti i provvedimenti e lo stato dell'iter parlamentare sono pubblicati su www.quotidianosanita.it).

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di

segue a pag. 8 ►

...e nella Conferenza delle Regioni

Molti i provvedimenti di interesse sanitario che i presidenti delle Regioni troveranno sul loro tavolo alla ripresa dei lavori dopo la pausa estiva. Grandi questioni aperte, a cominciare dal Piano sanitario 2010-2012 e dai "nuovi Lea" annunciati fin dai primi giorni di questa legislatura, ma anche tanti altri temi che, al di là dei normali tempi di esame, hanno scontato la lunga fase di crisi tra Governo e Regioni a causa della manovra economica. Il più importante è senz'altro quello che dovrebbe consentire di fare un positivo passo avanti per la soluzione del nodo della sanità penitenziaria, passata al Ssn con il Dpcm dell'aprile 2008 ma che ha trovato soluzioni diverse da Regione a Regione: proprio per questo Governo ed Enti locali avevano deciso di avviare un monitoraggio dell'esi-

stente, con un documento che avrebbe dovuto essere ratificato nella Conferenza Unificata del 27 maggio, che però, a causa della crisi dei rapporti tra le parti, non si è svolta. Di seguito sintetizziamo i contenuti e lo stato dell'arte dei principali provvedimenti di interesse sanitario già all'esame della Conferenza delle Regioni e anche i nuovi provvedimenti, diramati dalla Conferenza Stato Regioni tra luglio e agosto, per il quale si dovrà avviare l'iter nei prossimi mesi.

Provvedimenti di interesse sanitario già all'esame della Conferenza dei presidenti regionali

Documento sul monitoraggio dell'attuazione del Dpcm aprile 2008 riguardante il trasferimento al Ssn della sanità penitenziaria.

Interventi in materia di analisi sulle mer-

ci di importazione per ragioni di vigilanza sanitaria.

Contenuti e modalità della formazione dei lavoratori in materia di sicurezza.

Criteri e funzionamento dei controlli in materia di sicurezza alimentare.

Piano sanitario nazionale 2010-2012.

Governo delle liste d'attesa 2009-2011.

Nuovi provvedimenti in materia sanitaria che dovranno essere esaminati dalle Regioni

Intesa sulla certificazione dei bilanci di Asl, Ao, Irccs, Aziende ospedaliero-universitarie.

Accordo su presa in carico di persone affette da malattie neuromuscolari e analoghe (Sla).

Accordo per la farmacovigilanza, con convenzioni tra Aifa e Regioni.

Accordo su criteri per l'equivalenza dei titoli pregressi ai diplomi universitari di area sanitaria.

Accordo sui criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio.

Nuova legge sugli accertamenti necessari per la patente

Idoneità alla guida: cosa cambierà per il mmg

Il 13 agosto scorso è entrata in vigore la legge 120/2010, che introduce sostanziali cambiamenti in materia di accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida e di revisione della patente di guida, precedentemente normati dal dlgs 285/92.

In particolare la nuova legge dispone che “ai fini dell’accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l’interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di

accertamenti clinico-tossicologici”, aggiungendo che questa certificazione dovrà “tener conto dei precedenti morbosità del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia”.

Proprio quest’ultimo riferimento ha spinto Giacomo Milillo ad inviare a tutti gli iscritti Fimmg una lettera, pubblicata sul sito Fimmg nazionale, che approfondisce la questione. Infatti, l’indicazione di rivolgersi al “medico di fiducia” chiama in causa, sia pure indirettamente, i medici di famiglia.

Va sottolineato, però, che la legge non identifica in maniera univoca nel medico di medicina generale la figura professionale deputata al rilascio di tale certifi-

cazione, come invece avveniva un tempo, ma che – come scrive ancora Milillo – “nessun medico potrà rifiutarsi di certificare lo stato di salute del proprio paziente, quando questi glielo richiede, ben sapendo che qualora non certificasse il vero, incorrerebbe nel reato di falso ideologico”. Beninteso si tratta di una prestazione libero professionale, dunque a pagamento, sulla quale, in attesa di più precise risposte da parte dell’agenzia delle Entrate, Fimmg consiglia di applicare anche l’Iva, per non doverne avere poi danni economici. Le nuove norme saranno pienamente esecutive solo sei mesi dopo la pubblicazione di un decreto ministeriale che definisca le procedure nei dettagli. In attesa di tale decreto, riguardo al quale è previsto che siano consultate la Fnomceo e le associazioni mediche, non dovrebbero essere richiesti certificati di questo tipo. Se però, dopo aver spiegato la situazione e per evitare inutili discussioni e incrinature nel rapporto con i cittadini, si deciderà di farlo il consiglio è quello di stendere un certificato semplice, non riportante riferimenti alla Legge o indicazioni d’uso, il cui modello è disponibile sul sito www.fimmg.org

◀ segue da pag. 7

dichiarazioni anticipate di trattamento” (approvata, in un testo unificato, dal Senato)

Il provvedimento sancisce i principi di tutela della vita e della salute. Vieta l’eutanasia e l’accanimento terapeutico. Disciplina, con norma di carattere generale, il consenso informato, sempre revocabile, e delinea le caratteristiche e i principi essenziali della dichiarazione anticipata di trattamento. L’alimentazione e l’idratazione sono forme di sostegno finalizzate ad alleviare la sofferenza. È sancita la non obbligatorietà, per il medico, delle dichiarazioni anticipate (revocabili, rinnovabili e modificabili), la cui validità è di cinque anni.

Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Il contenzioso per lesioni personali od omicidi colposi ascritti al medico ha subito un notevole incremento negli ultimi anni. Conseguenza di ciò è un accanimento giudiziario dei pazienti da un

lato, e la medicina difensiva da parte del medico dall’altro. Il disegno di legge ha come obiettivi principali: attenuare la pressione psicologica nei confronti del medico, accelerare la soluzione delle vertenze giudiziarie, garantire che gli esperti chiamati ad esprimere un parere, spesso determinante, siano all’altezza.

Malattie rare e farmaci orfani

Il disegno di legge si propone di favorire la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci e terapie da parte delle aziende e dei centri di ricerca operanti in Italia, garantire la disponibilità delle cure e l’immediato accesso ai nuovi farmaci da parte dei cittadini italiani portatori di malattie rare. Favorire la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci e terapie è possibile attraverso un apposito piano (ovvero ricerca di base studio di specifici ambiti terapeutici, sviluppo di nuovi farmaci e tecnologie avanzate) anche al fine di far crescere la partecipazione dell’Italia alle attività che si vanno rapidamente sviluppando in questo ambito.

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di organizzazione del Ssn

Il governo delle attività cliniche consiste nella programmazione, organizzazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie da garantire mediante il coinvolgimento del collegio di direzione. Il testo interviene in diversi ambiti dell’organizzazione del Ssn, introducendo alcuni principi fondamentali con l’obiettivo di migliorare la funzionalità delle aziende sanitarie tramite il potenziamento del ruolo del medico nelle scelte strategiche e gestionali e attraverso una maggiore trasparenza ed equità del sistema di valutazione e selezione delle risorse umane.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica

Obiettivo della proposta è la riorganizzazione del sistema nazionale per la salute mentale allo scopo di garantire il rispetto dei diritti umani sia dei pazienti che usufruiscono dei servizi psichiatrici che dei loro familiari coinvolti.

Salutiamo Michele Arpaia

Penso che a tutti sia difficile tratteggiare a caldo, appena appresa la notizia di una così giovanile dipartita, un profilo di un caro



amico. Posso solo ricordare che Michele, nato in Lucania, ha studiato a Pisa e ha svolto la sua vita professionale a Firenze, in San Casciano Val di Pesa.

Medico apprezzato, buon specialista, ha profuso tante sue energie ed intelligenza politica nel Sindacato. Cresciuto sotto la guida di Antonio Panti, ha rapidamente affermato la sua personalità ricoprendo prima la carica di segretario regionale e poi in ambito nazionale ha fondato e diretto la Scuola di Formazione Quadri, ha fatto parte del Consiglio di Amministrazione di Metis ed infi-

ne è stato presidente nazionale durante la segreteria di Mario Falconi. È stato per più mandati membro del Consiglio dell'Ordine dei medici di Firenze.

Ha sempre cercato di portare il proprio contributo di idee alla Medicina Generale e, anche quando ci sono state divergenze di opinioni, mai è venuta meno la stima e l'amicizia personale. Sicuramente una perdita importante per il sindacalismo medico, oltre al grande vuoto che lascia in tutti coloro che lo stimavano. A Maria e ai suoi amati figlioli le nostre più sentite condoglianze.

Mauro Ucci

Accordo FimmgMatica – Telecom Italia

Più soluzioni al servizio della Medicina Generale

di Dario Grisillo

FimmgMatica ha perfezionato ed ampliato con Telecom Italia le soluzioni offerte agli iscritti a Fimmg per mettere a disposizione valide proposte per la telefonia e la trasmissione dati, che sono i presupposti su cui sviluppare la Information Communication Technology per la Medicina Generale.

La comunicazione tra mmg e tra questi e gli altri professionisti dei team assistenziali e la trasmissione telematica dei dati, sia clinici che di attività, è oggi uno strumento imprescindibile non solo per dare applicazione ai nuovi compiti previsti dai due Acn di recente diventati operativi (certificati on line per invalidità civile ed Inail; certificati on-line di malattia; ricetta elettronica; flusso dati di attività ecc.) ma anche per la gestione proattiva delle patologie, la gestione efficace della domiciliarità e, non ultimo, per la valutazione e rendicontazione della attività professiona-

le, per quella “accountability” cioè, che rappresenta il fondamento su cui basare anche la richiesta sindacale di progressione economica della categoria. L’Accordo è stato perfezionato per permettere che ciascun medico, partendo dal suo livello organizzativo, possa gestire la comunicazione sia all’esterno (pazienti, azienda ecc) con rete fissa che mobile, sia tra colleghi (Associazioni, gruppi) ed eventuali altre figure professionali a lui collegate per le attività territoriali con la rete mobile, sia la trasmissione dati via Adsl ad alta velocità e sia dotato di posta elettronica professionale con antivirus ed antispamming e di posta certificata, ormai divenuta obbligatoria. L’Accordo è anche un importante strumento per sviluppare la comunicazione interna alla Fimmg in quanto tutti i telefoni cellulari attivati all’interno dell’Accordo costituiscono di fatto la rete “intranet Fimmg” che permette di

comunicare a costo zero. Questa soluzione facilita notevolmente la comunicazione sia professionale tra colleghi operanti in team, sia sindacale interna ai “quadri” provinciali, regionali e nazionali. L’offerta è stata inoltre arricchita dalla disponibilità di Server, che possono essere presenti materialmente negli studi oppure “virtuali”, cioè remoti e che sono necessari per gestire il lavoro dei gruppi o delle future Aggregazioni Funzionali Territoriali ed Unità Complesse di Cure Primarie.

È in fase di perfezionamento inoltre l’offerta per l’Adsl satellitare che consentirà di collegare anche le zone non ancora coperte dal tradizionale segnale Adsl.

Ulteriori informazioni e dettagli sulle varie soluzioni offerte dall’Accordo sono reperibili sul sito **www.fimmg.org/fimmgmatica**, nella sezione Accordi e Convenzioni..

UNA NUOVA RICERCA DEL CENTRO STUDI NAZIONALE FIMMG

e-Health e medici di Assistenza primaria in Italia



I medici di medicina generale del nostro paese usano il computer e si sono costruiti – per lo più da soli – una soddisfacente competenza nell’uso di personal computer e stampanti da loro stessi acquistati: uno sforzo fatto con la speranza di “affrancarsi in questo modo da compiti inutilmente ripetitivi, imposti loro da una burocrazia ottusa – spiega Stefano Zingoni, responsabile del Centro studi nazionale della Fimmg – ma anche per potersi avvalere di strumenti professionali utili all’erogazione di un’assistenza più qualificata, che ritengono meglio percepita dal paziente”. Se il medico ha fatto in questi anni molti e importanti passi avanti (solo un quarto della categoria è ancora relativamente sprovvista di competenze, soprattutto per quello che riguarda l’uso del PC per analisi statistiche), sono in colpevole ritardo le pubbliche istituzioni: “è carente – sottolinea Zingoni – l’utilizzo delle potenzialità d’integrazione assistenziale che l’Information & Communication Technology offre”. Come migliorare ulteriormente la situazione? Dai risultati dell’interessante ricerca Fimmg (la più completa e metodologicamente rigorosa sino ad oggi condotta in Italia e raccolta in questo libro, *e-Health e medici di Assistenza primaria in Italia*, in uscita i primi di ottobre) emerge un quadro confortante, di una categoria professionale aperta all’innovazione e che ha sostanzialmente superato ogni riserva riguardo l’adozione delle tecnologie informatiche, nella convinzione che siano uno strumento fondamentale per migliorare l’organizzazione del lavoro e il rapporto con gli utenti.

I risultati di uno studio inglese sui sistemi informatici in sanità

È indispensabile il coinvolgimento dei medici

di Eugenio Santoro*

Il National Program for Information Technology in England (Npfit) è probabilmente il più importante progetto europeo di Information Technology applicata al mondo della sanità. Nato nel 2003 per iniziativa dell'allora Primo Ministro inglese Tony Blair per digitalizzare numerosi aspetti della sanità (tra cui la prenotazione delle visite ospedaliere, la comunicazione tra i vari attori del sistema Sanità, la prescrizione dei farmaci e i dati sanitari degli assistiti), il progetto può contare su un budget (da spendere fino al 2013) che dagli iniziali 6,2 miliardi di sterline è passato nel 2009 a 12 miliardi di sterline. Un investimento che risulta essere superiore (proporzionalmente) addirittura ai 19 miliardi di dollari destinati dal presidente Obama all'inizio del 2009 nell'ambito dell'American Recovery and Reinvestment Act (il piano da 787 miliardi di dollari per rilanciare l'economia americana) per dotare tutti i cittadini americani di una cartella clinica elettronica. Alla base del progetto è l'idea che la digitalizzazione dei vari aspetti che regolano l'assistenza e l'amministrazione sanitaria possa tradursi in una riduzione dei tempi di accesso alle informazioni essenziali relative agli assistiti e a una migliore qualità dei dati a supporto del governo clinico. Uno dei pilastri dell'ambizioso programma è l'adozione per ciascuno dei cittadini inglesi di un Summary Care Record (SCR), una sorta di sintesi strutturata della sto-

ria medica di ciascun paziente memorizzata centralmente su server "governativi" e contenente informazioni sulla sua storia clinica, sulle terapie in corso, sulle patologie e sulle allergie di cui soffre. L'accesso a tale documento da parte di un medico, questo è il ragionamento, potrebbe fornire informazioni fondamentali per una migliore cura di un paziente in situazioni di emergenza e nel caso di visite non programmate o eseguite lontano dal suo abituale domicilio. Se correttamente impiegato, potrebbe inoltre portare a una migliorata qualità dell'assistenza (frutto di una più completa conoscenza dei problemi dei pazienti), a una riduzione degli errori medici, a una razionalizzazione del tempo dedicato alle visite

mediche e a una riduzione del numero di ricoveri, con una conseguente ricaduta in termini di risparmi.

Un'indagine pubblicata recentemente sul *British Medical Journal* ha provato a chiedersi se e come i SCR vengono impiegati dagli operatori sanitari e se (e in che misura) l'accesso alle informazioni memorizzate ha effettivamente delle ricadute sull'assistenza medica e sui costi sanitari. L'indagine, commissionata dal Dipartimento della Salute britannico ai ricercatori dell'University College of London, ha esaminato i dati frutto di oltre 400.000 visite condotte nei reparti di pronto soccorso e nelle strutture di prima emergenza afferenti ad alcuni centri campione. Contrariamente alle attese, i risultati (che fanno riferimento al periodo 2007-2010) sono stati poco soddisfacenti. Innanzitutto è stata riscontrata una scarsa disponibilità (quantificabile in 1,5 milioni, molto meno delle attese) nel numero di SCR, frutto di una limitata partecipazione (tra il 24% e il 56%) da parte dei medici di base (gli unici in grado di creare in maniera automatica, attraverso opportuni software, il SCR di un paziente partendo dal loro sistema di gestione delle cartelle cliniche elettroniche). Ma anche quando i SCR erano disponibili la loro consultazione è stata scarsa. Nei reparti di pronto soccorso coinvolti nella sperimentazione i SCR sono stati "letti" (operazione resa possibile solo attraverso una connessione sicura e protetta su Internet ed esclusivamente da parte di personale autorizzato) solo nel 4% delle visite (21% restringendo l'osservazione ai

Il libro

Web 2.0 e Medicina

Come social network, podcast, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità

Eugenio Santoro

Feed RSS, podcast, wiki, social network per i medici e social network per i pazienti. E poi ancora blog, YouTube, cartelle cliniche online... Ogni capitolo di questa guida è introdotto da una descrizione generale dello strumento preso in esame, che illustra al lettore le modalità del suo impiego e le diverse esperienze sviluppate in ambito sanitario. L'obiettivo è quello di mettere ordine nella evoluzione, a tratti caotica (ma non potrebbe essere diversamente), degli strumenti tipici del web 2.0 e delle loro applicazioni in medicina, identificandone finalità e possibili beneficiari e senza tralasciare la discussione su limiti, criticità e novità che da qui a qualche anno, grazie al web semantico, potranno ulteriormente trasformare il rapporto tra web e sanità.



casi nei quali il paziente visitato disponeva di un SCR). Analizzando le caratteristiche degli operatori sanitari, l'accesso ai SCR è risultato più frequente tra i medici che abitualmente visitano un numero elevato di pazienti, mentre non sembrano esserci differenze tra l'accesso da parte del medico rispetto a quello operato da un infermiere. Soffermandosi invece sulle caratteristiche dei pazienti e sul loro stato di salute, è risultata più frequente la consultazione dei SCR di quei pazienti che soffrono di almeno due patologie o di patologie particolarmente complesse.

I risultati sono stati inferiori alle attese anche quando si è trattato di misurare gli effetti prodotti dall'accesso ai SCR sull'assistenza medica e sui costi sanitari. Infatti, sebbene sia stata riscontrata una riduzione degli errori medici (in particolare nella prescrizione di terapie farmacologiche) e una migliore preparazione da parte del personale del pronto soccorso a gestire le situazioni più complicate, l'accesso ai SCR non si è tradotto in una riduzione del numero di ricoveri o del tempo necessario a svolgere una visita medica (che anzi che anzi sembra aumentare da 9 a 10 minuti). A ciò occorre aggiungere che sono stati riscontrati casi di incompletezza e di imprecisione delle informazioni custodite nei SCR che tuttavia non hanno mai indotto i clinici a operare scelte rischiose per la salute del paziente. Ma quali sono le ragioni di questo "flop"? Da una parte c'è certamente la bassa adesione al programma da parte dei medici di base (che hanno così limitato la possibilità di condividere informazioni preziose) dovuta a ragioni organizzative (l'indisponibilità di sistemi soft-

ware che fossero compatibili con la creazione dei SCR, l'inadeguatezza delle strutture tecnologiche, la difficoltà ad attivare adeguati piani di formazione del personale) e motivazionali (lo scarso coinvolgimento in tutte le fasi di pianificazione e implementazione del programma, la contrarietà verso l'intero progetto).

Tali ragioni non possono però spiegare la scarsa accessibilità da parte del personale del pronto soccorso. Intervistando sulle ragioni che ne hanno limitato l'impiego, i ricercatori hanno scoperto che essi non consultavano i SCR per la scarsa stabilità del sistema dovuta principalmente a problemi tecnici, per la limitata possibilità di accedere a un computer durante una visita, per la mancanza di una sufficiente formazione, per la generale irrilevanza dei dati inclusi nei SCR nei casi di visite rilevatesi non urgenti, o perché "non clinicamente indicati". Quest'ultima ragione nasconde in realtà l'assenza di forti motivazioni da parte degli operatori sanitari del pronto soccorso (anch'essi poco coinvolti nella pianificazione del progetto) e un'insufficiente campagna informativa da parte dei centri a cui essi facevano riferimento, entrambe dovute, fondamentalmente, alla scarsa fiducia nei confronti dei medici di base come fornitori di (utili e attendibili) informazioni.

L'esperienza è quindi tutta da buttare? No, a giudicare dal commento conclusivo dei ricercatori, i quali, ricordano i successi di piani nazionali per la condivisione di informazioni sanitarie tra l'assistenza primaria e quella secondaria attivati in paesi come la Nuova Zelanda, la Danimarca e la Scozia. La ricetta, secondo il loro punto di vista, consiste nel ripensa-

re il sistema coinvolgendo tutti gli attori coinvolti (politici, istituzioni, medici, operatori sanitari, pazienti) nella individuazione delle soluzioni più appropriate e condivise, evitando qualunque genere di imposizione.

D'altra parte, come numerose ricerche condotte negli scorsi hanno potuto dimostrare, lo sviluppo di sistemi progettati per automatizzare taluni aspetti della sanità, compresi quelli che possono contare su ingenti finanziamenti, spesso falliscono nel loro intento proprio perché i medici, estromessi da qualunque tipo di decisione in fase progettuale, si rifiutano di usarli. Rimane da capire cosa deciderà di fare il nuovo governo inglese, che ha davanti a sé tre strade: continuare nel progetto apportando le necessarie modifiche; trasformarlo in qualcosa di più realisticamente fattibile; oppure cancellarlo definitivamente. Per questo i prossimi mesi saranno fondamentali per fare chiarezza. Ci saranno ripercussioni su progetti simili attivati in Italia sia a livello regionale che nazionale? Per ora è presto dirlo, ma la speranza è che dagli errori commessi nel Regno Unito (ne esistono altri riguardanti l'intero programma Npfit, tutti ampiamente documentati in letteratura si possano trarre utili lezioni per realizzare sistemi "stabili" in grado di dare risposte alla crescente domanda di digitalizzare dati e servizi sanitari e che siano accettati da tutti coloro che dovranno usarli.

**Laboratorio di Informatica Medica,
Dipartimento di Epidemiologia,
Istituto di Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri", Milano
e-mail: eugenio.santoro@marionegri.it*

Paolo Mangani non è più con noi

La mia amicizia con Paolo Mangani era iniziata molti anni fa e divenne più intensa nel 1970 quando, per la prima volta, insieme partecipammo, a Fiuggi, al Congresso nazionale della Fimmg. Cominciò allora la nostra personale avventura nel sindacato dei medici di famiglia, la storia esaltante di un gruppo di amici, uniti da progetti e speranze comuni, densa di tante soddisfazioni ma anche di qualche delusione, come accade inevitabilmente nella storia degli uomini. Paolo, tuttavia, non ci ha mai deluso. La sua schiettezza, la sua etica personale, la sua sincerità e il suo affetto non ci sono mai ve-

nuti a mancare. Anzi sono cresciuti con il passare degli anni, malgrado si fossero fatte più rare le occasioni d'incontro a casa o in ospedale, dove gli avevamo fatto visita con la pena nel cuore.

In questi ultimi anni, infatti, aveva dovuto sopportare sofferenze inenarrabili e una progressiva e ingravescente inabilità. Era quasi incredibile che la lotteria della vita avesse riservato, a un uomo così vigoroso ed esuberante, un destino tanto amaro dopo che per anni, nei momenti liberi dalla professione, aveva praticato tutti gli sport possibili. Lungi dalle espressioni retoriche,

d'uso in queste circostanze, Paolo è stato un professionista amato e stimato da tutti nella sua città, nell'Ordine dei medici di Firenze, di cui per molti anni era stato Consigliere, e nell'Enpam dove aveva rivestito importanti cariche nazionali, ma soprattutto è stato un uomo vero, un amico leale e sincero che ci mancherà. Alla cara Fernanda, che con tanto amore lo ha assistito in questi lunghi anni di malattia, e ai suoi figli amatissimi, Silvia, Maria Paola e Francesco giungano il ricordo affettuoso e il cordoglio sincero di tutti gli amici.

Aldo Pagni

Nuovo Accordo integrativo in Sicilia

Un testo chiaro, contro le "macchie di leopardo"

di Paolo Giarrusso

Dopo 11 mesi di trattative, piani di rientro sempre in bilico dall'essere approvati, climi politici cangievoli a livello nazionale e regionale e un completo riassetto dirigenziale a livello di assessorato, finalmente è andato in porto il nuovo Accordo integrativo regionale (Air). Diciamo subito che, in generale, un accordo è sempre frutto di una contrattazione fra parti portatori di interessi differenti a volte convergenti a volte invece distanti tra loro e che il dialogo fra le parti viene condizionato dal contesto generale in cui evolve la trattativa. Chiarito ciò, appare evidente che tutto sommato non possiamo che essere soddisfatti dei risultati ottenuti e del cli-

ma di fattiva collaborazione che ha permesso alla nostra delegazione trattante (Giacomo Caudò, Luigi Galvano, Mimmo Grimaldi, supportati da Paolo Giarrusso per la parte normativa e da Giuseppe Mastrosimone per la componente economico-finanziaria) di riscuotere un elevato grado di "accountability" nei confronti dei vertici assessoriali. Certamente non tutte le aspettative che il consiglio regionale della

“
Il precedente Air era stato “interpretato” diversamente in ciascuna delle nove province siciliane.
Il nuovo Accordo si propone di evitare questa difficoltà

Fimmg aveva riposto in questo Accordo si sono realizzate (ad esempio la revisione del rapporto ottimale) ma nel complesso i risultati ottenuti sono stati soddisfacenti e lasciano ben presagire che finalmente la medicina territoriale, dopo anni di “compiacente” abbandono in

un'ottica esclusivamente ospedale-centrica, ritorni a diventare il luogo naturale (e più economico aggiungiamo noi) dove il cittadino possa trovare risposte alla maggior parte dei propri bisogni di salute.

La trattativa ancora non era iniziata e già arrivavano le prime bordate contro i successi ottenuti nel precedente Air (abolizione dell'art. 15 – ex art 17, preteso non riconoscimento delle quote Enpam per i finanziamenti dell'associazionismo – riduzione di fatto del 10% delle associazioni aventi diritto a tale indennità, preteso non riconoscimento degli arretrati fin dall'Acn del 2005 dovuti per i collaboratori di studio – si ricorda che a tale proposito la Fimmg si è fatta promotrice di una azione legale nei confronti dell'Assessorato, e ultimo ma non ultimo la pretesa restituzione delle somme erogate ai titolari di una associazione a due per un lavoro regolarmente svolto e mai contestato). In un simile contesto non era neppure possibile iniziare una trattativa se non dopo avere avuto rassicurazioni di un immediato blocco di tale richieste e di una “sanatoria pregiudiziale” di tali conflittualità. Dopo un duro confronto e dopo consultazioni legali da parte della delegazione assessoriale si è potuto raggiungere un soddisfacente accordo su tali controverse pendenti (circolare interpretativa inviata dalla Regione alle singole Aziende sanitarie provinciali, e pareri del Comitato consultivo regionale) e quindi si è potuto iniziare la trattativa per il nuovo Air.

I CONTENUTI DELL'ACCORDO

Da questa “premessa” durata mesi (con verifiche e controverifiche, poiché ogni Asl provinciale aveva “interpretato” autonomamente il precedente Air con evidenti difformità a macchia di leopardo in ciascuna delle nove province siciliane!) finalmente si iniziava la trattativa per il nuovo Air con la spada di Damocle sul capo del Piano di rientro e della necessità di riconvertire alcuni presidi ospedalieri in territoriali senza danneggiare l'assistenza ai cittadini. Ciò ha comportato per l'Assessorato la necessità di accelerare per l'inserimento della medicina generale



 **Millewin**
con il medico, sempre

 **Milleppg**
COOPERATIVA PER LA CURA E LA PREVENZIONE

IL FUTURO CHE ASPETTAVI

Lo scenario delle cure primarie nei prossimi anni ci porta a prefigurare un Medico di Medicina Generale diverso da oggi, in grado non solo di gestire al meglio i problemi quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili.

www.millewin.it
www.millepgg.it

numero verde 800 949 502

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE

nei Pta (punti territoriali di assistenza). Pta in cui i mmg potranno essere reclutati su base volontaria ad ore e che, oltre ad assicurare un primo intervento, sono la base in cui si potrà meglio integrare la medicina generale alla medicina specialistica territoriale per poter gestire in maniera condivisa quelle patologie croniche (dapprima diabete mellito e scompenso, e successivamente ipertensione e bpc, etc) che rappresentano oramai la gran parte del management quotidiano della sanità pubblica. Per far ciò diviene prioritario attivare ed implementare a livello distrettuale i registri delle patologie croniche proprio per iniziare un percorso di governo clinico.

Questa parte estremamente innovativa presente nell'Air fa seguito a una parte minuziosa ed estremamente particolareggiata sull'associazionismo (di cui vengono aumentate le percentuali in modo assoluto e relativo a secondo i tipi di associazione) in modo da non permettere più "interpretazioni" a macchia di leopardo di singole Asp o di singoli funzionari. L'associazionismo resta la base delle forme di raggruppamento della medicina territoriale ma viene inquadrato, come previsto dall'Accordo collettivo nazionale, nel quadro di una maggiore omogeneizzazione delle Aft (Associazioni funzionali ter-

ritoriali) e delle Uccp (unità complesse di cure primarie), delle quali vengono definiti ruoli e competenze dei singoli aderenti e dei colleghi che assumeranno l'onere di coordinare i medici di medicina generale.

Persistono gli istituti delle Adi e Adp che rivestono un ruolo estremamente importante per l'assistenza territoriale.

Da un punto di vista normativo vengono stabilite le modalità elettive delle Ucad e se ne definisce, in accordo a quanto previsto da sempre nei vari Acn, il ruolo nel decentramento amministrativo in ogni distretto.

Inoltre viene riconosciuto e compensato l'impegno della medicina generale nella formazione e nella adesione come soggetto attivo della rete *Influnet*.

Un accordo quindi che ha permesso di sanare "incresciose" pendenze dovute a "interpretazioni unilaterali" del passato e che permette di porre le basi per una nuova sanità territoriale più vicina alle esigenze dei cittadini e del

“ Registri delle patologie croniche, sostegno all'associazionismo, coinvolgimento della medicina generale nella gestione distrettuale

bilancio regionale (leggi meno ospedale e più territorio). Il tutto in un clima di collaborazione, che comunque andrà verificato costantemente nei tavoli tecnici e negli incontri fra le parti, previsti con cadenza periodica, per verificare lo stato di applicazio-

ne di questo Air. Un primo banco di prova si avrà con l'emanazione di decreti assessoriali sulla prescrizione (in modo da vincolare tutti i medici operanti nel Ssr all'uso del ricettario) e sulla cosiddetta "valigetta elettronica" per quantizzare le spese per i nuovi compiti previsti dall'Acn e per le certificazioni on line.

Piaccia o non piaccia, questa è la rotta tracciata per la sanità del futuro e per questa sanità abbiamo il dovere, ognuno per la sua parte, di lavorare dando solide radici ad una pianta di cui (quasi sicuramente) la nostra generazione riuscirà solamente a vedere la maturazione dei primi frutti acerbi, mentre nel futuro, a riconversione avvenuta, se ne avranno i migliori raccolti.

Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

La tazza da té vuota

■ ■ Una parabola buddista ci insegna ad affrontare la morte con equanimità. Un monaco teneva una tazza da té accanto al suo letto e ogni notte prima di addormentarsi la capovolgeva. Al mattino la rigirava. Un novizio sorpreso gliene chiese la ragione, e il monaco spiegò che ogni notte simbolicamente vuotava la tazza della vita a significare la sua acquiescenza alla propria mortalità. Il rituale gli ricordava che quel giorno aveva fatto quanto era necessario e che era pronto se la morte fosse venuta a prenderlo.

Ogni mattina, poi, rigirava la tazza per accettare il dono di un

nuovo giorno. Prendeva la vita giorno per giorno, riconoscendo il meraviglioso dono dell'esistenza a ogni alba, ma pronto ad abbandonarlo alla fine di ciascuna giornata.

Il primo passo verso la creazione della disposizione filosofica nei confronti della morte, della perdita, del lutto, consiste nell'apprezzare la vita. E vivere momento per momento è la migliore maniera per farlo. Per continuare il cammino ti è indispensabile la consapevolezza dell'impermanenza.

È una verità che ci è nota, ma inganniamo noi stessi pensando che durare a lungo sia tutt'uno con la permanenza, per cui la fine sempre arriva come



una sorpresa. Non pensiamo mai che possa accadere proprio a noi.

Se hai guidato per tutta la vita senza un incidente sei più portato a credere di essere invincibile che non semplicemente fortunato.

Ma quante più sono le buone giornate che abbiamo su que-

sta terra, tanto più grati dovremmo essere per questa imprevedibile beneficenza, senza aspettarci che sia per sempre. Molti si servono del presente per metterlo al servizio del passato o del futuro, e sono sempre intenti a ruminare sulla settimana precedente o a preordinare il domani. Costoro non sono mai nell'*hic et nunc*. La storia è il passato; non puoi alterarlo. Il futuro è incerto, non puoi contarci. Tutto ciò che hai di certo è il presente. Amalo. Ama il tuo essere vivo adesso, e ridurrai il rimpianto quando i tuoi momenti staranno per finire.

di Bruno Cristiano

Investi sul tuo Patrimonio Osseo!

Per avere
informazioni e materiali
800.077.889
www.sangemini.it



Prof.ssa
Maria Luisa Brandi
Comitato Scientifico I.O.F.

L'osteoporosi è una malattia caratterizzata da una bassa densità delle ossa e da modificazioni della microarchitettura ossea. Con l'aumento della porosità e fragilità delle ossa il rischio di fratture da trauma aumenta di pari passo. Il deterioramento del tessuto osseo procede "silenziosamente" e progressivamente. Spesso non vi sono sintomi fino alla prima frattura.

L'osteoporosi colpisce una donna su tre e un uomo su otto durante il corso della loro vita. Generalmente questa malattia si manifesta dopo i cinquant'anni, negli ultimi trenta anni di vita. Questo è il motivo per il quale una parte considerevole delle risorse scientifiche sono utilizzate nella diagnostica e nella ricerca del trattamento delle persone affette da osteoporosi. **Il calcio è essenziale per un salutare sviluppo osseo**, ed aumentandone l'introito nei bambini e negli adolescenti si contribuisce ad una migliore crescita ossea. Ma il calcio è importante durante tutta la vita, perché

senza un adeguato apporto giornaliero di calcio le nostre ossa diventeranno fragili e si frattureranno anche per un trauma minore o senza un trauma. **Il calcio è dunque l'amico delle nostre ossa.** **Il latte e i derivati, ma anche le acque minerali naturalmente ricche**

Sangemini apporta all'organismo 331 mg/litro di **CALCIO** certificato come **Altamente Assimilabile dal MINISTERO DELLA SALUTE con Decreto del 27 luglio 2001.**

di calcio, sono le migliori risorse di questo prezioso minerale.

La prevenzione dell'osteoporosi inizia con la massima acquisizione di massa ossea durante gli anni della crescita. Molti fattori non genetici, in particolare quelli nutrizionali, l'attività fisica e l'esposizione solare, possono influenzare sostanzialmente lo sviluppo dello scheletro durante

l'infanzia e l'adolescenza.

Ma la prevenzione è importante anche nell'adulto, nella donna in gravidanza, in quella che allatta, in menopausa e nell'anziano.

Ci sono sufficienti evidenze, da studi sullo sviluppo e sul mantenimento della massa ossea nell'adulto e nell'anziano, che permettono di formulare le seguenti raccomandazioni:

- Garantire un adeguato introito di calcio, secondo le Linee Guida;
- Evitare la malnutrizione ed una nutrizione ipoproteica;
- Mantenere un adeguato livello di vitamina D attraverso l'esposizione solare e/o la supplementazione orale;
- Aumentare il livello generale di attività fisica;
- Evitare il fumo;
- Educare sui rischi da elevato consumo di bevande alcoliche.

Prof.ssa Maria Luisa Brandi



ELR
M.O.

ACQUA MINERALE NATURALE
SANGEMINI



Programma

LUNEDÌ 4 OTTOBRE 2010

09.00 - 09.20	Apertura del congresso <i>Giacomo Milillo</i>	paradigma del management delle malattie croniche Guido Sanna
09.20 - 09.40	Presentazione del congresso <i>Malek Medati</i>	11.15 - 11.50 L'educazione del paziente all'automedicazione dei piccoli disturbi, un aspetto di iniziativa del medico di famiglia <i>Aldo Lupo, Isa Cecchini</i>
09.40 - 10.00	Razionale del congresso. Aspetti organizzativi <i>Donatella Alesso</i>	11.50 - 12.10 La ri-organizzazione del lavoro del medico di famiglia per la medicina di iniziativa (ri-organizzarsi per lavorare in medicina di iniziativa) <i>Biagio Palumbo</i>
10.00 - 12.00	PRIMA SESSIONE:	12.10 - 13.00: LE ESPERIENZE DEL TERRITORIO
10.00 - 10.25	L'iniziativa: una metodologia di erogazione delle cure ben applicabile alla medicina generale <i>Vittorio Boscherini</i>	13.00 - 13.30 Discussione
10.25 - 10.50	Investire in medicina di iniziativa è conveniente per il Ssn? <i>Federico Spandonaro</i>	
10.50 - 11.15	La medicina di iniziativa come	

WORKSHOP

14.30 - 16.00	WORKSHOP A Automedicazione [con il supporto Anifa] <i>Elena Fossati, Isa Cecchini</i>	sostituzione della ricetta - Tavola rotonda [con il supporto di Pfizer] <i>Luigi Sparano, Nicola Fiorelli, Adriano Tagliabracci</i>
14.30 - 16.00	WORKSHOP B Dagli atti ai fatti Tavola rotonda [con il supporto di Pfizer] <i>Federico Spandonaro, Stefano Zingoni, Vittorio Boscherini, Giacomo Cauda</i>	18.00 - 20.00 WORKSHOP D La capacità di ascolto e la comunicazione efficace. Prevenzione del conflitto e conciliazione con il paziente <i>Italo, Partenza, Carmen Scantamburlo</i>
16.30 - 18.00	WORKSHOP C Responsabilità medico-legale e	

MARTEDÌ 5 OTTOBRE 2010

09.00 - 13.00	SECONDA SESSIONE	<i>Elena Fossati</i>
09.00 - 09.20	Malattie dismetaboliche: la gestione in medicina di iniziativa <i>Loretta Lazzaretto</i>	10.25 - 10.45 La stratificazione del rischio cardiovascolare <i>Gabriella Levato</i>
09.20 - 09.45	Diabete: patologia paradigmatica per la medicina di iniziativa - <i>Andrea Crapanzano</i>	10.45 - 11.10 Epidemia obesità: batterla con l'iniziativa <i>Gallieno Marri</i>
09.45 - 10.05	Dislipidemie e rischio cardiovascolare: la gestione basata sulla medicina di iniziativa <i>Antonio D'Ingianna</i>	11.10 - 11.50 Malattia ipertensiva: la gestione basata sull'iniziativa <i>Andrea Stimamiglio, Claudio Ferri</i>
10.05 - 10.25	Il counseling attività integrante nella medicina di iniziativa per l'aderenza terapeutica	11.50 - 12.10 Il Picenum Study: quando l'Audit diventa... sintesi <i>Paolo Misericordia</i>
		12.10 - 13.00: LE ESPERIENZE DEL TERRITORIO
		13.00 - 13.30 Discussione

WORKSHOP

14.30 - 16.00	WORKSHOP E I pazienti ipertesi non sono tutti uguali: percorsi interattivi [con il supporto di Daiichi-Sankyo, Malesci, Guidotti] <i>Ettore Malacco, Claudio Ferri, Andrea Stimamiglio</i>	[con il supporto di Astra Zeneca] Furio Colivicchi, Paolo Rubba, Loretta Lazzaretto
		16.30 - 18.00 WORKSHOP G Stili di vita e alimentazione - Scuola Fimmg stili di vita
14.30 - 16.00	WORKSHOP F Il rischio cardiovascolare sommerso: valorizzare gli strumenti consolidati alla luce delle nuove evidenze	18.00 - 19.30 WORKSHOP H Strumenti dietetici di lotta all'obesità [con il supporto di Assotisanoreica] <i>Gallieno Marri, Antonio Paoli</i>

MERCOLEDÌ 6 OTTOBRE 2010

09.00 – 13.00	TERZA SESSIONE	
09.00 – 09.20	Patologie respiratorie croniche: il trattamento basato sull'iniziativa	tra MMG e specialista L'osteoporosi e la sua gestione da parte del MMG: opportunità e criticità
	<i>Vincenzo Macchia</i>	<i>Arrigo Lombardi</i>
09.20 - 10.00	Patologie respiratorie croniche: organizzazione, tecnologia, approccio razionale	Nuove prospettive per il trattamento dell'osteoporosi: l'inibizione del RANKL
	<i>Marzio Uberti, Fulvio Braido</i>	<i>Salvatore Minisola</i>
10.00 – 10.20	Nefropatia cronica: la gestione condivisa	11.40 - 12.00 Intervista: Gastrite, mal di stomaco, dispepsia e helicobacter pylori
	<i>Roberto Giugliano</i>	<i>Carlo Gargiulo, Dino Vaira</i>
10.20 - 11.00	Iperuricemia: una condizione clinica da riconsiderare	12.20 – 13.00 Dare parole al dolore cronico: la campagna DOLORE MISTERIOSO
	<i>Emilio Montaldo</i>	<i>Donatella Alesso, Elena Fossati, Guido Sanna</i>
11.00 - 11.40	Malattia osteoporotica La gestione dell'osteoporosi: percorso integrato	13.00 – 13.30 Discussione

WORKSHOP

14.30 – 16.00	WORKSHOP I Counseling attivo nell'ambito delle patologie ostruttive croniche [con il supporto di Menarini]	<i>Sanna, Ismael Ejarque, Massimo Di Martino</i>
	<i>Fulvio Braido, Marzio Uberti</i>	16.30 – 18.00 WORKSHOP M Riconsiderare la gotta nell'ambito della medicina di iniziativa [con il supporto di Menarini]
14.30 – 16.00	WORKSHOP L Europlan per le malattie rare: un progetto innovativo per il futuro [con il supporto di Farmindustria]	<i>Marco Cimmino, Walter Grassi, Emilio Montaldo</i>
	<i>Simona Bellagambi, Guido</i>	16.30 – 18.00 WORKSHOP N Tra ricetta elettronica e certificazioni on line. Intervengono gli attori

GIOVEDÌ 7 OTTOBRE 2010

09.30 – 13.00	Tavola rotonda a cura del Gisap Gruppo Indipendente per lo Studio della Assistenza Primaria: "Dall'attesa all'iniziativa: orizzonti internazionali e nazionali. Analisi del contesto e prospettive di cambiamento"	Moderano: <i>Maria Concetta Mazzeo, Andrea Pancani</i>
		09.30 - 09.40 Introduzione - <i>Maria Concetta Mazzeo</i>
		09.40 - 10.05 Intervento di <i>Federico Spandonaro</i>
		10.05 - 10.30 Intervento di <i>Giovanni Guzzetta</i>

10.30 - 13.00	Partecipano: Amedeo Bianco, Americo Cicchetti, Angelo Lino Del Favero, Sergio Dompè, Cristiano Gori, Pietro Grasso, Giuseppe Mele, Sergio Pillon, Guido Rasi, Sergio Pecorelli, Silvestro Scotti	Internazionale Radiomedico, Ammiraglio Prof. <i>Agostino Di Donna</i>
15.30 - 16.00	Saluto delle autorità	
16.00 – 16.30	Relazione del Segretario Generale Nazionale	<i>Giacomo Milillo</i>
16.30 – 18.00	Intervento delle istituzioni	<i>Prof. Ferruccio Fazio, Sen. Maurizio Sacconi, On. Francesca Martini</i>
13.00 – 15.00	Pausa pranzo	
15.00 – 15.30	Premio Mario Boni Consegnato al Presidente del C.I.R.M., Centro	

VENERDÌ 8 OTTOBRE 2010

09.30 – 10.00	"Ospedale e territorio: una integrazione attraverso la Telemedicina. Cosa, come e quando"	Moderano: <i>Walter Marrocco, Andrea Pancani</i>
	<i>Sergio Pillon</i>	Partecipano: <i>Guido Rasi, Paolo Siviero, Carlo Tomino, Pietro Gallo Folino</i>
10.00 – 11.00	"L'informatizzazione nell'attività del mmg: analisi e percezioni dal punto di vista del medico e del paziente"	12.30 – 13.00 L'Aifa incontra la Medicina Generale. Seduta di "Question time".
	Relazione del Centro Studi Fimmg: <i>Stefano Zingoni</i>	13.00 – 15.30 Pausa pranzo
	Relazione dell'ISPO: <i>Renato Mannheim</i>	15.30 – 16.00 Avvenire Medico: un direttore da 40 anni
11.00 – 12.30	Tavola rotonda Il farmaco nell'Assistenza Primaria. Dal confronto all'incontro tra la Medicina Generale e l'Aifa	<i>A cura della Redazione di Avvenire Medico</i>
		16.00 – 17.00 Intervento del Segretario Generale Nazionale
		<i>Giacomo Milillo</i>
		"Gli ultimi quattro anni e i prossimi quattro"
		17.00 – 18.30 Interventi dei delegati

SABATO 9 OTTOBRE 2010

09.00 – 10.00	Interventi dei delegati
11.00 – 13.00	Interventi dei delegati
13.00 - 16.00	Pausa pranzo
16.00 – 17.00	Replica del Segretario Generale Nazionale
18.00 – 18.30	Chiusura del Congresso

SABATO 9 OTTOBRE DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 13.00 SI SVOLGERANNO, CONTEMPORANEAMENTE AI LAVORI CONGRESSUALI, LE ELEZIONI PER IL RINNOVO DELLE CARICHE ISTITUZIONALI



www.clubmedici.it

ClubMedici®

intorno a te
**un mondo
di vantaggi
esclusivi**



Richiedi un preventivo
I nostri funzionari sono
a tua completa
disposizione

**Club
NO STOP**
10.00-19.00



chiama
06 8607891

chiama
081 7879520

Area Blu:
Sede Nazionale e Interreg.
Via G. Marchi, 10 - 00161 (RM)
e-mail: info@clubmedici.it

Area Verde:
Sede Interregionale
C. Direzionale, Isola E3,
Palazzo Avalon - 80143 (NA)
e-mail: areasud@clubmedici.it

Per te

LA CESSIONE DEL 5° DELLO STIPENDIO
SENZA SPINE DEL CLUB MEDICI



FINO A
100.000 euro

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

Tasso fisso,
TAN e TAGE convenzionato

Importo erogabile fino a 100 mila euro
senza nessuna richiesta, e possibile,
inoltre, ottenere immediatamente
un anticipo fino a 15 mila euro

Raccolta i documenti personali presso
lo Studio o sul posto di lavoro e la
documentazione presso la ASL di
riferimento

Assistenza durante l'iter del
finanziamento fino all'erogazione

MUTUODOCTOR

LE MIGLIORI CONVENZIONI
NEL SETTORE SANITARIO



Il Club Medici garantisce

Analisi della richiesta

Sceglie 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 dello sportello bancario
convenzionato territorialmente più vicino
al medico e invio della lettera di accredito
con il codice di convenzione che certifica
le condizioni agevolate (tassi, rata e
spese) da applicare al mutuo

**CASSA DI
ASSISTENZA
SANITARIA**



SANINT-ASSIDIM

CONVENZIONE PER LA COPERTURA
DELLE SPESE SANITARIE

Adesione alla Cassa di Assistenza
Sanitaria SANINT-ASSIDIM, il socio con
un unico contributo, copre se stesso e
il nucleo familiare

Limiti territoriali - Mondo intero

Limite di età - 90 anni

Scadenza annua - 31/12 di ogni anno

Si avvale di un innovativo servizio online per
la liquidazione delle spese mediche. Tramite
il sito dedicato www.assidim.it l'associato
accede in sicurezza all'area riservata dove
può gestire la propria anagrafica ed
aggiornare tempestivamente il proprio
stato. Le domande di sinistro vanno
presentate sempre attraverso lo stesso sito
internet, che consente di controllare lo status
delle denunce, con notevole riduzione dei
tempi di liquidazione.

NON È NECESSARIO

- Presentare alcuna dichiarazione
sullo stato di salute
- Alun questionario anamnestico
da compilare

La SANINT-ASSIDIM non prevede
periodi di carenza per l'attivazione
delle garanzie

Le informazioni contenute in questa brochure del Club Medici sono a scopo informativo. Il Club Medici Medico Finanziario è un'attività di intermediazione finanziaria e non è un'attività di consulenza finanziaria. Il Club Medici Medico Finanziario è un'attività di intermediazione finanziaria e non è un'attività di consulenza finanziaria.

Le informazioni contenute in questa brochure del Club Medici sono a scopo informativo. Il Club Medici Medico Finanziario è un'attività di intermediazione finanziaria e non è un'attività di consulenza finanziaria.

Al Club Medici
tutti i giorni è un...

Open Day

GALENO

Uno strumento per aiutare i soci in difficoltà

Il fondo di solidarietà Galeno

I medici insieme: uno slogan di solidarietà che Galeno mette in pratica costantemente grazie ad un fondo speciale appositamente istituito per i soci in difficoltà

di Luca Ciangottini

Galeno ha un *payoff*, una frase sintetica e molto caratterizzante che racchiude il messaggio più importante della Cassa. Il *payoff* di Galeno è *"I medici insieme"*. Lo si legge su tutti i suoi documenti istituzionali, proprio sotto il logo.

Questa frase non è la solita trovata pubblicitaria. Ha un senso preciso. Non solo caratterizza l'esclusività del rapporto associativo (si è soci e amministratori della Cassa solo se si è medici), ma se ne ricava anche un senso

profondo di solidarietà di categoria, che va ben oltre il profilo del gruppo di interesse. Grazie ad un contenitore finanziario *ad hoc*, ovvero il fondo di solidarietà, Galeno ha dato prova che solidarietà non è solo lettera vuota, ma un impegno concreto e costante in difesa di tutti quei soci che si sono trovati ad affrontare situazioni eccezionali di disagio. Dal terremoto in Umbria e in Piemonte fino alle ultime drammatiche conseguenze del sisma aquilano, Galeno è intervenuta erogando ai propri soci prestazioni finanzia-

rie di natura assistenziale.

Il Consiglio di amministrazione, per fare un esempio recente, ha deliberato il finanziamento, da far valere sul fondo solidarietà, della quota associativa base per un anno in favore di tutti i soci del cratere che ne avessero fatto richiesta.

Il fondo è disciplinato dal regolamento della Cassa (articolo 14); è alimentato da una quota del contributo *una tantum* versato all'iscrizione, dall'1 per cento di ritenuta applicata ai rimborsi sanitari e infortuni, da lasciati.

La solidarietà: valore superato?

Un concetto che viene da lontano

di Mario Costa

L'affermarsi del concetto "laico" di solidarietà trova una delle prime applicazioni regolamentate nelle corporazioni professionali dall'antichità. Tale concetto etico trova un punto di riferimento nel "mutuo soccorso" tra praticanti di uno stesso mestiere. Questo valore, a forza di esigenze dettate dalle dinamiche commerciali, si è sbiadito nel tempo.

Galeno ha ripreso la sfida, attingendo alla tradizione ma anche all'attenzione per le problematiche degli appartenenti all'intera classe medica, in un'ottica di virtuosa e trasparente gestione finanziaria. La sua attività tende ad ottenere risparmio e sicurezza per ogni aderente che, in quanto socio e non semplice cliente, trae anche un utile individuale legato al risparmio di una gestione collettiva.

Galeno presente al Congresso Fimmg

Galeno sarà presente a Santa Margherita di Pula per promuovere le proprie attività di Cassa per i medici fatta dai medici (come recita il nostro *payoff*) e fornire qualsiasi chiarimento ai soci riguardo le proprie posizioni. Inoltre, per chi aderisce alla Cassa nei giorni del congresso sono previsti premi e vantaggi straordinari.

Numerose le occasioni di svago e relax, in particolare attraverso il terzo trofeo *Gioca con Galeno* e l'*Estrazione Finale*, il concorso che permette ai soci di vincere ottimi premi. Veniteci dunque a trovare nel nostro stand, vi aspettiamo!



Accord Healthcare Italia, filiale Italiana di ACCORD Europe, nata nel 2009 opera nella commercializzazione di farmaci di marca, equivalenti e biotecnologici. **Accord Healthcare Italia** è parte della multinazionale **INTAS PHARMA group**, che ha sede in India nella regione del Gujarat ed è una tra le più importanti produttrici di farmaci a livello mondiale.

Noi di **Accord Healthcare Italia**, in linea con la filosofia INTAS, al centro di tutto mettiamo il paziente, primariamente visto come persona che si relaziona con i suoi familiari e con chi gli sta intorno. Non lo consideriamo un soggetto malato e passivo a cui somministrare dei farmaci: per noi è una persona la cui collaborazione e volontà di guarire sono fondamentali per il successo della terapia. Per noi qualsiasi malattia è una "momentanea difficoltà". Il percorso di cura per noi è "un viaggio" come tale finirà restituendo alla persona la sua integrità e soprattutto la sua essenza di dignità. Il tumore sempre più è una malattia "curabile", ma a volte, anche per gli effetti collaterali delle terapie, può determinare sotto il profilo nutrizionale ed estetico cambiamenti in grado di condizionare gravemente la qualità di vita. La perdita dei capelli, le alterazioni della cute, le variazioni della propria immagine corporea hanno ripercussioni sul vissuto del persona che non sempre si risolvono alla fine dei trattamenti e possono compromettere irreparabilmente la vita di relazione. Il mondo dell'informazione, che si concentri sulle condizioni del paziente affetto da cancro e che risulti dedicato ed in grado di essere specifico per le sue molteplici necessità, risulta essere assente. *Appunti di un viaggio* si ispira ad un taccuino per appunti, ma persegue degli obiettivi molto ambiziosi ed importanti:

Stimolare a considerare gli effetti collaterali derivanti dalle terapie non come ineluttabili conseguenze ma come effetti che possono essere affrontati e risolti o almeno ridotti. Supportare la persona in un momento molto delicato della sua vita offrendo una serie di spunti e di consigli atti a capire, prima ancora che sopportare "il momento". Diventare uno strumento attraverso il quale persona e medico possano dialogare quotidianamente. Supportare la famiglia in questo viaggio attraverso una serie di consigli utili e pratici che gli consenta di stare "ancora più vicino" se possibile. Diventare uno strumento con il quale poter dialogare con il Farmacista figu-



ra sempre più individuata come operatore sanitario. L'obiettivo del kit "Appunti di un viaggio" è quello di fornire uno strumento agile e semplice in grado di consentire alla persona in un momento di "non normalità" di poter affrontare le problematiche quotidiane con il giusto supporto informativo.

Piacevol&Mente con gusto contiene una serie di informazioni generali sulla malattia ed i trattamenti con indicazioni e suggerimenti per contrastare gli effetti collaterali. In

particolare si sofferma sulle caratteristiche di un'alimentazione specifica in primo luogo per la gestione degli effetti delle terapie sia radioterapiche che chemioterapiche. Contiene inoltre una serie di ricette culinarie appositamente studiate.

Intima&Mente contiene una serie di consigli utili ad affrontare alcuni effetti collaterali delle terapie che possono incidere in modo determinate nella sua vita, individuando una serie di spunti nell'ottica di attutire e/o addirittura risolvere gli effetti collaterali incidenti negativamente sulla quotidianità. La finalità è stimolare l'attenzione sulla propria persona affinché possa meglio affrontare il proprio percorso terapeutico.

All'interno del kit è inoltre presente un vero e proprio diario giornaliero con la descrizione di sintomi e segni che potranno essere utili al medico per rilevare e contrastare i problemi emergenti.

La persona, quotidianamente, compilerà il diario scrivendo la data, apporrà un segno sul sintomo più significativo e, se lo riterrà opportuno, annoterà le osservazioni personali ed i propri bisogni negli appositi spazi destinati alle note. Potrà così ovviare all'inconveniente di riferire durante le visite di controllo solo sintomi recenti, dimenticando di segnalare quelli già risolti, eventualmente omettendo particolari importanti. Per conoscere come è possibile ricevere gratuitamente il kit ci si può collegare al sito **www.kitappuntidiunviaggio.com** o telefonare al **numero verde 800 31 33 32**. Ci auguriamo che *Appunti di un viaggio* possa dare il suo contributo all'umanizzazione delle cure e, nel contempo, offrire alla "persona" un utile strumento, un valido supporto, auspicando che realmente si crei una forte sinergia tra tutte le figure coinvolte in questo particolare viaggio

Influenza: si riparte!

Lasciata alle spalle la pandemia ci si avvia a una nuova vaccinazione per l'influenza stagionale. Ma che strascichi ha lasciato l'A/H1N1?

di Aldo Mozzone*

Con la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità del 10 agosto 2010 è stato ufficialmente dichiarato concluso il periodo di allerta per la pandemia da virus influenzale A/H1N1, che la stessa Oms aveva proclamato l'11 giugno 2009 in seguito all'emergenza sviluppatasi in Messico e negli Stati Uniti fin dall'aprile dello stesso anno.

Nella storia millenaria dell'uomo si è probabilmente trattato della più innocua pandemia mai sofferta sia per il numero di persone colpite sia per quelle decedute.

Nel complesso è stata una vicenda che, come pare ormai d'uso nell'attuale fase storica, ha provocato polemiche, contestazioni, accuse.

In considerazione del fatto che siamo ufficialmente entrati nella fase post pandemica ci sembra opportuno fare alcune riflessioni sulla vicenda.

Una delle polemiche più roventi ha riguardato l'acquisto di un numero eccessivo di vaccini.

A questo proposito pensiamo che il Ministero della Salute e le Regioni – che ne seguono le disposizioni di conseguenza – nel caso della pandemia da A/H1N1 avessero poca scelta. Disattendere il “warning” lanciato dall'Oms sarebbe stato infatti un rischio da irrisponsabili. Proviamo a immaginare cosa sarebbe accaduto se i morti fossero stati effettivamente molti.

L'Italia, inoltre, ha acquistato un numero di vaccini/abitante contenuto rispetto ad altre nazioni (la Francia ad

esempio ne ha acquistato circa 4 volte l'Italia).

Ma era proprio fondato l'allarme lanciato dall'OMS?

Analizzando la vicenda a posteriori, crediamo che i vizi più evidenti che più hanno condizionato la condotta dell'Oms siano stati quello di non tenere in debito conto:

1. di come l'influenza si sia diffusa (poco) in Australia e Nuova Zelanda nei mesi di luglio-agosto 2009 (il loro inverno). Da quell'esperienza si sarebbe potuto comprendere che la diffusibilità sarebbe stata molto minore di quella paventata.

2. il dato che oggi le temute pestilenze (e in questi anni abbiamo assistito a vari esempi: dalla Sars, all'avaria, a Ebola ecc.) trovano molta più difficoltà a diffondersi in una popolazione, per vari motivi, più reattiva.

Sul tema hanno preso posizione le più accreditate riviste scientifiche internazionali.

Sul BMJ, per esempio, si legge: “Ovviamente il mondo dovrebbe rallegrar-

si che la pandemia sia stata un flop. Sembra quasi ingrato lamentarsi dei costi, visto che le vite perse sono state molto meno del previsto. Ma i costi sono stati enormi. Alcuni Paesi – specialmente la Polonia – si sono rifiutati di comperare vaccini e antivirali e unirsi al panico generale scatenato dalla dichiarazione di pandemia da parte dell'Oms”.

Intanto le compagnie farmaceutiche hanno incassato enormi profitti, 7 miliardi di dollari (5,7 miliardi di Euro) dai soli vaccini, secondo la J.P. Morgan. Data l'enormità dei costi pubblici e dei profitti privati sembrerebbe quindi importante sapere che la decisione non è stata influenzata da interessi commerciali. Tuttavia, secondo un'indagine del BMJ e del Bureau of Investigative Journalism pubblicata nelle scorse settimane (sul BMJ) è tutt'altro che così. Come riportato dagli autori Deborah Cohen e Philip Carter alcuni degli esperti che hanno consigliato l'Oms sulla pandemia avevano legami finanziari con le case farmaceutiche che producono antivirali e vaccini. E, “sebbene la maggior parte degli esperti consultati dall'Oms non abbia nascosto i suoi legami con l'industria in altri ambiti, lo stesso Oms si è finora rifiutato di spiegare fino a che punto conoscesse questi conflitti di interesse e come li abbia gestiti”.

La vicenda ha naturalmente coinvolto il mondo politico. E nelle sue sfere più elevate.

Nella sintesi della terza udienza del Consiglio d'Europa di Strasburgo del 4 giugno 2010, ad esempio, viene citato il rapporto per la discussione nell'Assemblea Parlamentare europea sulla gestione della pandemia, affidato a Paul Flynn (parlamentare del Regno Unito e del Consiglio d'Europa).

Tabella 1

Misure igieniche raccomandate dall'ECDC

Livello di evidenza

Misura igienica

Fortemente raccomandato
Raccomandato
Raccomandato
Raccomandato

Lavaggio delle mani (in assenza di acqua, uso di gel alcolici)
Buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani)
Isolamento volontario a casa di delle persone con malattie respiratorie febbrili
Uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologia influenzale quando si trovano in ambienti sanitari (ospedali)

In esso si legge che “la gestione della pandemia H1N1 da parte dell’Organizzazione mondiale della sanità, delle istituzioni dell’UE e dei governi nazionali ha comportato un enorme spreco di denaro pubblico e provocato timori e allarmi ingiustificati circa i rischi sanitari ai quali poteva essere esposta la popolazione europea. E ancora “L’Oms ha avuto un atteggiamento ‘difensivo’ – ritiene la Commissione – e non si è dimostrata disposta a riconoscere che la definizione della nozione di pandemia era stata modificata, né a rivedere le sue previsioni circa la portata e la gravità dell’epidemia di influenza suina”.

Ma quale è stata la reale portata della pandemia in Italia?

I dati riassuntivi per la stagione precedente, 2009 – 2010, raccolti dall’Istituto Superiore di Sanità attraverso Influnet, il sistema di sorveglianza sentinella dell’influenza basata su circa 1.000 medici rilevatori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sparsi in tutta Italia) ci dice che il numero di casi di influenza è stato piuttosto consistente avendo colpito circa il 10% della popolazione, inferiore negli ultimi anni solo a quello della stagione 2004-2005.

La categoria più colpita è stata quella dei soggetti fino ai 14 anni di età (270 casi ogni 1000 assistiti), mentre gli anziani sono risultati poco suscettibili all’infezione (26 casi di influenza su mille assistiti over 65 anni di età). Sicuramente rilevante è stato il fatto che il picco di casi di infezione si è manifestato a ottobre-novembre, quindi molto più precocemente rispetto all’usuale.

Che influenza ci aspettiamo per la stagione 2010 – 2011?

Per ora le notizie che provengono dall’emisfero sud della Terra, ora in piena stagione invernale, sono sufficientemente tranquillizzanti. Anche se colpi di coda sono ancora possibili.

Il virus AH1N1 è ancora in circolazione e sta causando sporadici focolai infettivi. Nella circolare contenente le raccomandazioni per la prevenzione dell’influenza stagionale del Ministero della Salute pubblicata a fine luglio 2010 si rammenta che spesso le pandemie influenzali si sviluppano nei paesi a clima temperato prevalentemente nell’autunno-inverno successivo all’anno di comparsa del nuovo vi-

Tabella 2

Indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute

EMANATA IL 29 LUGLIO 2010

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l’influenza e le sue complicanze e, dunque, anche per ridurre la mortalità correlata.

Gli obiettivi di copertura vaccinale, per tutti i gruppi target, sono i seguenti:

- il 75% come obiettivo minimo perseguibile
- il 95% come obiettivo ottimale.

I vaccini antinfluenzali contengono solo virus inattivati o parti di questi, pertanto non possono essere responsabili di infezioni da virus influenzali.

Gli effetti collaterali comuni dopo somministrazione di vaccino antinfluenzale consistono in reazioni locali, quali dolore, eritema, gonfiore nel sito di iniezione.

Sono stati riferiti, dopo vaccinazione antinfluenzale, eventi rari quali trombocitopenia, nevralgie, parestesie, disordini neurologici.

Sono false controindicazioni: - Allergia alle proteine dell’uovo, con manifestazioni non anafilattiche.

- Malattie acute di lieve entità.

- Infezione da HIV ed altre immunodeficienze congenite o acquisite.

Non è stata dimostrata l’associazione tra vaccinazione e sindrome di Guillain Barré, mentre allo stato attuale ci sono evidenze di una correlazione tra sindrome di Guillain Barré e diverse infezioni, inclusa l’influenza.

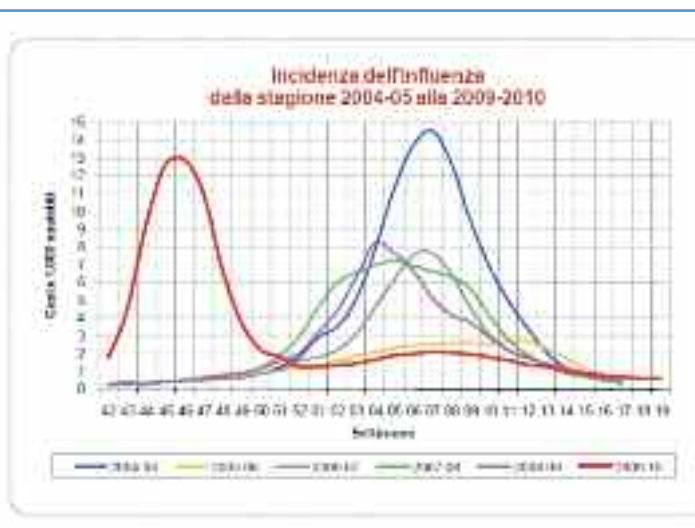


Grafico 1

Incidenza dell’influenza dalla stagione 2004-05 alla 2009-2010

Dal rapporto INFLUNET Italia 2010 che presenta i risultati nazionali, elaborati dall’Istituto Superiore di Sanità, relativi alla sorveglianza epidemiologica dell’influenza, reperibile sul sito www.iss.it.



Grafico 2

Incidenza dell’influenza per classi di età nella stagione 2009 – 2010.

Dal rapporto INFLUNET Italia 2010 che presenta i risultati nazionali, elaborati dall’Istituto Superiore di Sanità, relativi alla sorveglianza epidemiologica dell’influenza, reperibile sul sito www.iss.it.

rus.

La circolare si sofferma sulle misure atte a ostacolare la trasmissione interumana del virus influenzale raccomandate dall’ECDC (European Centre for Disease Prevention and Con-

trol), sottolineando come una misura così semplice ed economica quale il lavarsi sovente le mani, da parte sia degli operatori sanitari sia dei soggetti

segue a pag. 34 ►

SYNCRONIZING HEALTHCARE



CompuGroup
Medical



FimeSan, Microcosmos e SMI, società operanti da anni nell'ambito della sanità elettronica italiana, fanno ora parte di CompuGroup Medical, la nota multinazionale tedesca leader mondiale tra i fornitori di applicativi informatici sanitari. CompuGroup Medical opera in 14 differenti Paesi Europei, Malesia, Arabia Saudita, Sud Africa e Stati Uniti con 2.800 risorse umane impiegate e vanta un parco clienti costituito da 326.000 medici, dentisti e strutture ospedaliere.

Attualmente CGM rappresenta in Italia il 23% del totale dei medici delle cure primarie con circa 11.000 medici informatizzati con le soluzioni software:

- PROFIM2000
- INFANTIA2000
- PHRONESIS
- VENERE

PROFIM2000 4.0

Punto e a capo



+ PERSONALIZZABILE + MODERNO + FACILE
+ VELOCE + TEMPESTIVO ED EFFICACE NELLA
COMUNICAZIONE.

La versione 4.0 segna un punto importante nell'evoluzione di Profim2000, che si rinnova **profondamente** in termini di interfaccia e di prestazioni. Viene infatti sensibilmente migliorata l'ergonomia e l'utilità per ottimizzare, semplificare e velocizzare l'accesso alle informazioni.

chiedi una demo al 800.011.781 o su www.profim2000.it

Vaccino antinfluenzale

Novità 2010: la formulazione intradermica

Per la prima volta sarà disponibile una nuova modalità di somministrazione per il vaccino: la via intradermica, una valida alternativa ai preparati attualmente in commercio

di Giancarlo Icardi*

La nuova stagione influenzale è ormai alle porte. Si torna dunque a parlare di questo nemico della nostra salute che ogni anno mette a letto milioni di italiani.

La precedente stagione 2009-10 è stata contraddistinta dalla comparsa sulla scena epidemiologica mondiale del virus pandemico A/H1N1 che, nel periodo aprile 2009-marzo 2010, ha provocato casi di influenza in oltre 200 Paesi nel mondo. Dopo che lo scorso 10 agosto l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato il passaggio alla fase post-pandemica, per la stagione 2010-11 si torna al tradizionale utilizzo del classico vaccino stagionale trivalente che conterrà, oltre ai ceppi A/H3N2 (antigene analogo ad A/Perth/16/2009) e B (antigene analogo a B/Brisbane/60/2008), anche quello A/H1N1v, cosiddetto ceppo pandemico, (antigene analogo ad A/California/7/2009).

L'Oms ha deciso infatti di includere il ceppo pandemico nel vaccino stagionale trivalente sia nell'Emisfero Nord sia nell'Emisfero Sud, poiché risulta essere il ceppo virale predominante in circolazione a livello globale. Esso sostituisce, di fatto, il precedente ceppo stagionale. Quest'anno, dunque, grazie alla vaccinazione sarà possibile quindi proteggersi dal virus A/H1N1 oltre che dagli altri due ceppi virali. Come per le scorse stagioni influenzali, la vaccinazione sarà offerta gratuitamente alle persone a rischio: ultra 65enni e pazienti affetti da patologie croniche. Alle novità in termini di composizione vaccinale si aggiungono inoltre quelle che riguardano i vac-

cini a disposizione della popolazione. Infatti, oltre a quelli somministrati per via intramuscolare: split, sub-unità, adiuvati e virosomiali, per la prossima stagione epidemica sarà disponibile un preparato che utilizza una nuova modalità di somministrazione vale a dire la via intradermica. La novità principale consiste appunto nel metodo di somministrazione che avviene direttamente nel derma dove grazie alla presenza di cellule specifiche, chiamate dendritiche, l'organismo genera una risposta immunologica naturale in seguito alla vaccinazione. La riproducibilità e sicurezza dell'atto vaccinale sono garantite da un innovativo sistema di microiniezione appositamente progettato per la somministrazione intradermica che utilizza un microago di 1,5 millimetri (circa 10 volte più corto di quello usato per la vaccinazione classica intramuscolare) risultando pressoché impercettibile per il paziente e, diversamente dall'iniezione intramuscolare profonda, annullando il potenziale rischio di provocare lesioni a nervi o a vasi.

La siringa, inoltre, è dotata di un sistema di schermatura automatica dell'ago, in grado di attivarsi automaticamente dopo l'inoculazione, contribuendo così alla riduzione del rischio sia di puntura accidentale dell'operatore sanitario sia di riutilizzo del dispositivo.

Tra le innovazioni di questo vaccino c'è anche quella della doppia formulazione: una studiata per la fascia di popolazione giovane/adulta (dai 18 ai 59 anni) contenente una quantità di antigene minore rispetto ai vaccini tradizionali (9 µg di

antigene per ceppo) e una formulazione specificatamente studiata per i pazienti dai 60 anni in poi, contenente 15 µg di antigene per ceppo.

Proprio per la fascia di età dei "meno giovani", dai 65 anni in poi, che a causa del fenomeno dell'immunosenesenza sviluppano una risposta immunitaria inferiore rispetto ai soggetti più giovani, il vaccino antinfluenzale più indicato era quello con l'aggiunta di adiuvanti per aumentare l'efficacia della vaccinazione. Il vaccino intradermico, sfruttando le potenzialità del derma, è in grado di conferire lo stesso livello di immunogenicità dei vaccini adiuvati senza l'aggiunta di alcuna sostanza. I risultati di un recente studio pubblicato su BMC Infectious Diseases dimostrano che l'immunogenicità e la sicurezza del vaccino intradermico sono equivalenti a quelle del vaccino adiuvato con MF59 somministrato per via intramuscolare.

Proprio per queste ragioni, il vaccino trova particolare indicazione nei soggetti anziani, solitamente poco responsivi ai vaccini stagionali tradizionali, per i quali la vaccinazione è da tempo raccomandata e gratuita. Per i soggetti d'età tra i 18 e i 59 anni, popolazione in cui si registra una scarsa adesione alla vaccinazione, il preparato intradermico rappresenta per il medico e per il paziente una nuova opportunità su cui poter operare una scelta. Sempre sfruttando le caratteristiche del derma, il nuovo vaccino (che contiene meno antigene rispetto ai vaccini tradizionali, 9 µg anziché 15) conferisce un'ampia e sicura protezione dall'attacco dei virus influenzali. In conclusione si può affermare che, in base alle più recenti evidenze scientifiche, circa il buon profilo di sicurezza, immunogenicità e tollerabilità, il vaccino intradermico rappresenta una nuova valida alternativa ai preparati attualmente in commercio per l'immunizzazione attiva contro l'influenza stagionale.

Inoltre, la minor invasività della nuova via di somministrazione da un lato, unitamente alla semplice, rapida, riproducibile e sicura tecnica d'inoculazione dall'altro, rappresentano ulteriori fattori che potrebbero favorire un ampio utilizzo del nuovo vaccino nella pratica clinica.

**Ordinario di Igiene presso
l'Università degli Studi di Genova*

La Scuola di Ecografia Generalista: Passato, Presente e Futuro

F. Bono, C. Benedetti, A. Campanini, A. Petrucci, A. Pizzo, C. Ravandoni

Il Piano sanitario nazionale del 2003-2005 ha rimodulato il Ssn con un progetto che prevede un ospedale altamente tecnologico, sempre più orientato alla cura delle acuzie ed un territorio che si basa, per meglio rispondere alle richieste di salute dei cittadini, su una organizzazione sanitaria integrata.

Tale sistema realizza un più corretto equilibrio tra ospedale e territorio consentendo la presa in carico del cittadino ed un uso più appropriato delle risorse.

Lo strumento attraverso il quale crediamo si possa raggiungere questo risultato è costituito dalle Unità di Medicina Generale (Umg) e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp), declinate in modo diverso nelle varie regioni italiane.

Crediamo, tuttavia, che le Umg per assolvere i propri compiti non possano continuare ad essere solo centri di raffinato triage ed è per questo motivo che Fimmg ha fortemente voluto, condiviso e ottenuto che nell'Accordo Collettivo Nazionale (Acn) fosse previsto che i medici di medicina generale potessero svolgere, nelle Umg, attività diagnostiche di primo livello.

Con un importante atto di fede, nei confronti di chi, come noi, sosteneva che l'ecografia era lo strumento fondamentale per consentire alle Umg di trasformarsi da centri di triage a centri di diagnosi e cura di primo livello, Fimmg nel 2004 dette il suo appoggio al Progetto Ecografia Generalista.

Ai pochi che ci chiedevano di cosa si

trattasse spiegavamo qual era il razionale del progetto: dare ai Medici di Medicina Generale uno strumento che consentisse loro di migliorare le capacità diagnostiche e l'appropriatezza prescrittiva. La maggior parte dei Colleghi, con un sorriso di circostanza, che nascondeva l'incredulità, condivideva con noi che era bello sognare, ma dal sogno alla realtà, ci facevano capire, vi era molta distanza.

Fu con questi presupposti che nel 2005, durante il Congresso nazionale Fimmg, si tenne il I Corso di Ecografia Generalista. Vi parteciparono ottanta colleghi, molti dei quali sono diventati parte inte-

grante della Scuola nazionale di Ecografia Generalista o ne supportano le attività dal punto di vista politico-sindacale. La Scuola di Ecografia Generalista Fimmg nacque nel 2006 come strumento operativo per raggiungere l'obiettivo del progetto EcoGen di inserire l'ecografia nel setting della Medicina Generale.

In breve tempo la Scuola si trasformò da strumento operativo in centro di aggregazione e aggiornamento culturale in cui molti mmg hanno trovato uno spazio ove confrontarsi a 360 gradi su tematiche culturali, scientifiche e professionali.

Da allora molta strada è stata fatta, più di cento Corsi sono stati svolti e diverse migliaia di Colleghi vi hanno partecipato dimostrando, con la loro presenza, la correttezza dell'intuizione di allora e ripagandoci della fatica di tanti weekend sottratti alla famiglia.

Nel 2010 La Scuola di Ecografia Generalista si appresta ad affrontare una nuova avventura: l'eco stetoscopia.

La tecnologia ha messo a disposizione apparecchi d'imaging portatili, ampiamente sotto il chilogrammo di peso, che, seppur non definibili ecografi, per come intendiamo l'ecografia oggi, possono aumentare in modo importante l'appropriatezza diagnostico prescrittiva.

Proviamo, per un attimo, a immaginare quali difficoltà incontriamo nella nostra attività professionale quando visitiamo



un paziente.

Incertezze e dubbi ci assillano e noi cerchiamo con la semeiotica, di cui i mmg sono, nei fatti, gli ultimi grandi cultori, di dare risposte plausibili ai nostri dubbi.

Chi, come noi, da molti anni usa apparecchiature ecografiche si rende conto come palpare l'addome spesso non sia dettato dalla reale necessità di un processo diagnostico quanto dalle attese del paziente, che, per antica tradizione, si aspetta di essere toccato, palpato, indagato.

Tutti noi sappiamo quanto questo sia frustrante e molte volte poco risolutivo.

Negli ultimi mesi del 2010 affiancheremo alla linea di Corsi indirizzati a quei mmg che vogliono diventare Ecografisti Generalisti una nuova linea di Corsi, di un giorno, indirizzata ai mmg che vogliono apprendere una nuova "semeiotica eco stetoscopica" che consenta loro di risolvere quesiti diagnostici che il nostro sapere ci pone, ma a cui i nostri sensi non consentono di dare risposte.

Una nuova semeiotica resa possibile dagli eco stetoscopi, apparecchiature estremamente leggere, maneggevoli, di basso costo, da non confondersi con le apparecchiature ecografiche di oggi, ma che permettono di spostare molto più in alto il livello della semplice visita.

Affronteremo pochi temi ben precisi, con quadri eco stetoscopici facilmente riconoscibili.

Immaginiamo cosa significa, di fronte ad una sintomatologia



dolorosa addominale presentata da pazienti domiciliari o degenti in strutture socio-assistenziali, ma anche nei nostri studi, poter individuare direttamente ed immediata-

mente un aneurisma aortico, un globo vescicale, una massa, un'idronefrosi, una calcolosi della colecisti, un versamento libero in addome.

Non solo sull'addome gli eco stetoscopi possono fornire un grande aiuto ai

mmg, ma anche nella gestione dello scompenso cardiaco consentendo di valutare il diametro della cava e le sue variazioni con il respiro, la presenza di versamenti, ma anche la frazione di eiezione cardiaca visiva. Se l'obiettivo primario della nostra Scuola è insegnare l'ecografia, quello secondario è migliorare l'appropriatezza ed è quindi ben comprensibile questa nuova linea di Corsi. Pertanto i Corsi di Ecografia Generalista continueranno a formare ecografisti a 360 gradi, capaci di dare un supporto diagnostico di I livello alle associazioni territoriali dei medici di medicina generale in particolare, mentre i Corsi di eco stetoscopia permetteranno di indirizzare al meglio i percorsi diagnostici dei singoli medici.

“
*Ai Corsi
di Ecografia
Generalista
avviati dal 2004
su affiancano
ora i Corsi di Eco
Stetoscopia:
un solo giorno
per apprendere
una nuova semeiotica*

◀ segue da pag. 28

infetti, risulti essere la misura più efficace per ostacolare la diffusione del virus. I risultati del monitoraggio virologico condotto fino a ora dal Global Influenza Surveillance Network dell'Oms hanno consentito di individuare i tre ceppi attualmente circolanti. Di conseguenza gli antigeni analoghi che devono comporre per la stagione in arrivo il vaccino stagionale nell'emisfero settentrionale sono:

- A/California/7/2009 (H1N1);

- A/Perth/16/2009 (H3N2);
- B/Brisbane/60/2008.

La Circolare ministeriale raccomanda inoltre "di iniziare la campagna di vaccinazione stagionale (con vaccino trivalente per la stagione 2010-2011) a partire preferibilmente dal 1° ottobre 2010 e comunque non oltre il 31 ottobre 2010 e, in ogni modo, appena i vaccini stagionali saranno disponibili. Dispone poi di completarla il più rapidamente possibile, con l'intento di precedere l'eventuale periodo

di maggior diffusione del virus pandemico".

Insomma, si riparte!

Con medici di famiglia e pediatri territoriali impegnati in prima linea nel prevenire (vaccinare, educare) e nel curare una popolazione che speriamo si dimostri sufficientemente corazzata contro il virus.

**mmg, Scuola nazionale
Formazione Quadri Fimmg*

Oltre 75.000
contatti nei primi
trenta giorni*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano sanità.it

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

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

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Health Communication editore



ACCESSO
LIBERO
GRATUITO
E SENZA
LIMITI

Bronchiolectasie, bronchiolite e fumo di sigaretta

di Stefano Nobili*

IL CASO

Gabriele ha 45 anni, laureato in economia, quadro aziendale, fuma circa 30 sigarette al giorno dall'età di 20 anni. Giunge alla prima visita dal suo medico di famiglia per febbre, tosse produttiva con espettorato giallastro, quest'ultima non un sintomo nuovo, come riferisce al curante. La tosse, infatti, è sempre presente da diversi anni e ormai è abituata. Negli ultimi sette anni si è ammalato ripetutamente di polmoniti senza febbre (almeno una volta l'anno). Questa volta i sintomi sono peggiori del solito, perché riferisce anche forte astenia e senso di costrizione toracica. Di sua iniziativa ha assunto claritromicina 500mg, due volte die per dieci giorni senza un sostanziale beneficio dei sintomi. All'esame obiettivo, il paziente è euforico a riposo e non presenta rumori aggiunti al MV che è presente su tutto l'ambito. Viene prescritta una TC del torace che mostra addensamenti flogistici multipli di significato attuale. Viene successivamente ricoverato in ospedale, dopo consulto con lo specialista pneumologo di riferimento.

Durante la degenza sono eseguiti i seguenti accertamenti: VES 25, GB 11.000, SGOT 40, GPT 42, PCR 7, elettroforesi siero proteica: aumento indici infiammatori. Nella norma GR, Hb, Ht, PP, azotemia, creatininemia, GGT, ALP, elettroliti, sottotipi linfocitari. Negativi gli anticorpi anti-Mycoplasma Pneumoniae IgM e IgG, l'antigene urinario per la Legionella Pneumophila e per lo Streptococco Pneumoniae, il test HIV, l'RA test, oltre agli autoanticorpi ANCA, ANA ed ENA. All'ECG viene refertato un BBD

incompleto e una normale conduzione AV con ritmo sinusale a 96bpm. SatO2 94%.

La fibrobroncoscopia presenta alte vie aeree normali, trachea in asse, carena con versanti liberi. Emisistema bronchiale di destra normale per morfologia, motilità e canalizzazione. Mucosa normoemica ma facilmente sanguinante al contatto dello strumento, assenza di lesioni endobronchiali apprezzabili o tracce di sanguinamento in atto o pregresso. Si esegue lavaggio bronco alveolare (BAL) (1) e si inviano campioni per esame culturale di batteri e miceti, ricerca BK, CTM, CMV DNA, galattomannano (2), PCP (3) risultati poi negativi. L'esame non ha visualizzato l'emisistema bronchiale di sinistra per tosse insopprimibile.

La TC toracica HR mostra multiple piccole aree di addensamento parenchimale, circostanti le granulazioni distali bronchiali, in sede periferica, alcune con aspetto "tree in bud" (4) in particolare a livello del segmento dorsale del lobo superiore destro. Sono presenti inoltre alcune bronchiolectasie in particolare al segmento posteriore del lobo superiore sinistro, alcune delle quali ripiene di materiale mucoso. Sono visibili bronchiolectasie anche al segmento anteriore del lobo inferiore sinistro, circondate da piccole aree di addensamento flogistico al lobo medio, con aspetto infiammatorio dell'interstizio circostante al segmento apicale del lobo inferiore destro e al segmento basale posteriore del lobo inferiore destro. Il quadro è compatibile con processo flogistico delle piccole vie aeree (bronchiolite), di cui non è possibile stabilire un'eziologia preci-

sa. Non si osservano sicure linfadenopatie mediastino-ilari. Non presente versamento pleurico.

Il paziente viene trattato con levofloxacina 500mg die nei tre giorni di degenza, da proseguire per ulteriori sette giorni dalla dimissione.

Il follow up consiste nella rivalutazione periodica del paziente al quale viene consigliato training per la disassuefazione al fumo.

OSSERVAZIONI

Fumo: non è raro osservare ancor oggi un soggetto giovane che fuma trenta sigarette al giorno. Siamo di fronte, tra l'altro, a una persona che svolge un lavoro di responsabilità, che ha una cultura medio-alta e che dovrebbe essere ben informato su ciò che il fumo di sigaretta provoca nei confronti della salute e soprattutto il fatto che negli ultimi 7 anni si è ammalato di polmonite per sette volte dovrebbe avere un significato! Non è questa la sede per un facile moralismo, ma i fatti si commentano da soli.

Abitudine ai sintomi: è altrettanto frequente osservare come un individuo si abitui ai suoi sintomi, pur fastidiosi o limitanti l'attività quotidiana. Per Gabriele era normale avere la tosse anche produttiva perché legata al fumo (fumare è normale = normale avere la tosse da fumo), quindi era una condizione ormai intrinseca alla sua vita. Si reca dal medico perché "c'è qualcosa d'altro" ovvero l'astenia. Inoltre, abituato alle polmoniti, sa che la terapia con claritromicina può essere utile e quindi la assume sua sponte.

Consulto con lo specialista: si parla molto di "rete" tra mmg e specialisti. In questo caso il contatto diretto con lo pneumologo ospedaliero ha permesso l'approfondimento del caso in tempi brevi.

COMMENTO

La bronchiectasia è stata descritta da Laennec già nel 1819 e da Sir William Osler nel tardo '800 (Murray JF et al. Textbook of Respiratory Medicine, 2nd ed. 1994:1398-1417). Per bronchiectasia s'intende una dilatazione anomala dei bronchi prossimali di medio calibro ovvero superiore ai 2 mm causati dalla distruzione delle componenti elastiche e muscolari della parete bronchiale (Morrissey et al. Clin Chest Med. 2007;28:289-96). Bronchiolec-

tasia è invece la dilatazione anomala delle piccole vie aeree. La bronchiolite è un quadro infiammatorio di solito causato da un'infezione virale (virus sinciziale). Riguardo le classi d'età, può interessare adulti e giovani anche se è molto più frequente nelle sue forme più gravi nei bambini, questo perché le vie aeree degli adulti, ovviamente di maggiori dimensioni rispetto a quelle di un bambino, possono meglio tollerare l'edema mucoso interno ai

piccoli bronchi, tipico della bronchiolite. Sono stati riportati casi di bronchiolite nell'artrite reumatoide (Carotti et al, Reumatismo 2001, 53(4), p280-8) nel 15% dei casi esaminati dagli autori, con un range dall'8 al 50% dopo analisi della letteratura, da qui la spiegazione della richiesta di RA test per il paziente.

Sul livello di saturazione di O₂, le linee guida per il giudizio di accettabilità dei livelli di saturazione d'ossigeno

citano una variabilità dal 90 al 94%. Negli USA i dipartimenti di emergenza pediatrica raccomandano l'ospedalizzazione quando la saturazione è sia 92 che 94%.

Una considerazione conclusiva riguarda la profilassi antinfluenzale e anti-pneumococcica che in un caso del genere sono caldamente da consigliare.

**mmg, Fimmg Milano
stefanonobili@fimmg.org*

LE NEWS

Chirurgia microinvasiva: successi nei risultati, difficoltà nell'accesso

Sono 15 milioni gli italiani che soffrono di dolori alla colonna vertebrale. Una cifra che dà l'idea dell'entità di un fenomeno che impatta pesantemente sulla qualità di vita e ha ricadute socio-economiche importanti: basti pensare che un terzo di essi deve sospendere temporaneamente l'attività lavorativa.

Nella quasi totalità dei casi, i disturbi sono causati da fattori meccanici come discopatie, stenosi, ernie del disco e fratture che non sempre possono essere risolte efficacemente con i trattamenti conservativi come fisioterapia, busto o terapie farmacologiche. Quando questi approcci risultano fallimentari si richiede il trattamento chirurgico che, grazie alla continua evoluzione dei dispositivi utilizzati, è diventato sempre meno invasivo. Oggi, i principali disturbi possono essere infatti trattati con approcci chirurgici percutanei miniminvasivi, grazie anche all'utilizzo di dispositivi all'avanguardia che permettono di far recuperare in modo migliore l'assetto anatomico-funzionale della colonna vertebrale, a fronte di una riduzione sostanziale del trauma chirurgico e delle complicanze post operatorie.

L'Italia rappresenta una delle realtà più avanzate in questo campo anche se, come ha dichiarato il senatore Antonio Tomassini introducendo l'incontro La nuova frontiera della chirurgia vertebrale percutanea, organizzato in collaborazione con Il Sole 24 Ore Sanità e tenutosi a Roma

nel luglio scorso: "l'approccio chirurgico miniminvasivo è ancora poco diffuso ed è praticato solo in alcuni centri specialistici. Basti pensare che le unità di chirurgia vertebrale sono presenti solo nel 20% degli ospedali del nostro Paese".

Alzheimer: ogni anno si spende oltre l'1% del Pil mondiale

È allarme Alzheimer. In tutto il globo sono 35,6 milioni i malati di demenza, destinati a triplicare nel 2050, raggiungendo la vertiginosa cifra di 115,4 milioni. Nel Vecchio Continente sono 7,3 milioni i pazienti affetti dalla malattia, e diventeranno 14,6 milioni nel 2040. Un milione solo in Italia, tra i 100-120 mila in Lombardia. Una vera epidemia, secondo gli autori del Rapporto mondiale Alzheimer 2010, che apre le porte "alla più grave crisi sociale e finanziaria del XXI secolo". Un'epidemia che cresce quanto l'invecchiamento della popolazione, facendo totalizzare costi socio-economici da capogiro pari a 604 mld di dollari. Le cifre sono state anticipate durante un incontro organizzato dalla Federazione Alzheimer Italia in preparazione della 17esima Giornata mondiale dedicata alla malattia, svoltasi il 21 settembre.

In Italia, tra costi diretti (sostenuti per l'acquisto di beni e servizi) e indiretti (risorse sottratte all'attività produttiva, relative sia al malato sia a chi lo assiste), il costo medio annuo per malato di Alzheimer ammonta a circa 60 mila euro. E ancora: le famiglie italiane colpite spendono oltre 9 miliardi di euro per pagare badanti o altro personale da dedicare al-

l'assistenza del proprio caro.

Alla luce dell'allarme e delle sue dimensioni, il Rapporto mondiale Alzheimer 2010 ha presentato ai governi internazionali un'agenda che chiede di sviluppare piani nazionali e strategie internazionali (G8 e G20) per affrontare la malattia e di aumentare le risorse economiche per la ricerca.

Accordo Aifa-Onu per promuovere l'etica della sperimentazione

Continua l'attività di collaborazione tra l'Agenzia italiana del Farmaco e Onu-Unicri (istituto delle Nazioni Unite di ricerca sui problemi dei Diritti dell'Uomo e della criminalità) nell'ambito della promozione dell'etica nelle sperimentazioni nei paesi in via di sviluppo. È stata infatti sottoscritta l'intesa per un nuovo progetto – coordinato da Umberto Filibeck – per favorire le attività di formazione e di capacity building presso le Autorità Regolatorie in quei paesi. Scopo dell'iniziativa internazionale è diffondere procedure, metodologie, controlli e normative che tutelino i diritti e la salute dei pazienti sottoposti a sperimentazione, garantendo il rispetto delle Norme di Buona Pratica Clinica.

"Filibeck – spiega una nota dell'Agenzia – ha già presentato a Londra, presso l'Ema (Agenzia Europea per i Medicinali) le iniziative dell'Aifa e ha proposto l'istituzione di un Centro Europeo ad hoc, nel cui ambito Aifa si candida quale Agenzia di collegamento tra i paesi UE e quelli africani".

Un documento importante per il lavoro della Medicina Generale

Presa in carico del soggetto obeso adulto

Gestione integrata

LM Donini¹, E Alonzo², G Cairella², D Campisi³, MG Carbonelli⁴, V Carreri², M Cuzzolaro¹, AP D'Ingianna³, L Lucchin⁴, G Marri³, W Marrocco³, A Pizzini³, V Pontieri², G Spera¹, G Ugolini²

Il presente documento, risultato della collaborazione tra la Medicina Generale, i Sian (Servizi igiene degli alimenti e della nutrizione) e gli specialisti del settore, rappresenta una proposta di integrazione delle esperienze di alcune società scientifiche che, a diverso titolo ed in diversi ambiti, si confrontano con le problematiche dei pazienti obesi.

GESTIONE INTEGRATA DELL'OBESITÀ

L'Oms afferma la necessità di utilizzare interventi continuativi, multistrumentali, sistemici, partendo dalla informazione e formazione, ma focalizzando sull'acquisizione di motivazioni personali di scelte salutari che possono essere fatte proprie solo con l'impiego di metodologie mirate ad una ristrutturazione cognitivo-comportamentale nell'età adulta e ad un modellamento positivo dei cre- di e delle abitudini in età pediatrica.

PRINCIPI GENERALI DELL'APPROCCIO INTEGRATO AL PAZIENTE OBESO

L'obesità è una patologia cronica, con una patogenesi complessa caratterizzata da un aumento della morbosità con ripercussioni sulla qualità di vita legate, in particolare, alle disabilità.

Interazione: la sfida posta da questa patologia è sostenibile solo se tutte le forze in campo saranno in grado di lavorare interagendo in maniere efficace. In particolare sono chiamati a svolgere un ruolo determinante i Sian, la Medicina

Generale e gli specialisti del settore (operanti negli ambulatori e servizi ospedalieri accreditati, pubblici e privati).

Queste tre componenti convengono, tenendo conto dei documenti già pubblicati in passato, sull'opportunità di integrare le iniziative già in essere e gli strumenti già predisposti da:

- Fimmg: progetto Safe (Stile di vita, Alimentazione, Farmaco, Esercizio fisico) www.fimmg.org/alimentazione
- Sian: Evidence Based Prevention presso il Ccm (Controllo nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie - sito Epb ed obesità <http://www.ccm-network.it/node/559>)
- Sio-Sisdca: documento di consenso su "Obesità e disturbi dell'alimentazione Indicazioni per i diversi livelli di trattamento" <http://w3.uniroma1.it/scialim/index.php?pag=345>
- Position Paper sul ruolo degli Adi-Sdnc (www.ADIItalia.it)

In particolare si ritiene necessario che:

- il trattamento diagnostico-terapeutico dell'obesità avvenga in maniera multidisciplinare integrata attraverso:
 - o valutazione multidisciplinare per definire lo stato di nutrizione, lo status psicologico, lo stato funzionale oltre all'eventuale presenza di complicanze metaboliche, cardiovascolari, respiratorie, osteoarticolari;
 - o trattamento dell'obesità e delle sue complicanze organiche e funzionali; modifica dello stile di vita per mantenere nel tempo i risultati ottenuti; ri-

mozione/gestione delle cause (psicologico-psichiatriche, clinico-funzionali, sociali) per evitare gravi ricadute. In casi selezionati e per indicazioni specifiche sarà possibile far ricorso a farmaci e/o alla chirurgia (bariatrica e/o plastica-ricostruttiva).

- siano realizzate, su base Regionale, reti assistenziali in grado di affrontare in maniera adeguata le problematiche clinico-assistenziali del soggetto obeso:
 - o è importante sottolineare la necessità di trattare il paziente nel setting di cura ottimale dal punto di vista della sua qualità di vita, della disponibilità dei mezzi più adatti al livello di gravità della patologia, dell'utilizzo ottimale delle risorse disponibili.
 - o ogni rete assistenziale deve essere articolata sia longitudinalmente perché lo stesso paziente può aver bisogno, di diverse modalità assistenziali in relazione all'andamento della malattia che trasversalmente perché pazienti obesi diversi, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.
- siano realizzate iniziative comuni di formazione dei professionisti afferenti a SIANET, FIMMG, SIO/SISDCA, ADI-SDNC
- le iniziative in tema di prevenzione/contrasto e di trattamento/riabilitazione dell'obesità debbano essere coordinate da Centri di Riferimento Regionali in grado di interagire con le Società Scientifiche interessate che operano nel campo dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione, con la rete degli ADI-SDNC, il SIANET e la FIMMG per i seguenti obiettivi.

RUOLO DEI SERVIZI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)

Tra le competenze dei Sian, dei Dipartimenti di Prevenzione delle Asl (198 Dipartimenti di Prevenzione delle 200 Ausl italiane), si annovera la sorveglianza nutrizionale della popolazione. Il contributo dei Sian nello schema unico per la presa in carico del soggetto obeso può riassumersi, in una prima fase di approccio alla popolazione generale, in tre tappe di un unico intervento (con successivo rinvio al medico di medicina Generale):

- sorveglianza nutrizionale per la prevenzione dell'obesità nell'adulto;
- valutazione del rischio di "patologia da non corretta alimentazione" in sot-

- togruppi di popolazione;
- orientamento al cambiamento e promozione di corretti stili di vita.

OBIETTIVI DELLA MEDICINA GENERALE (FIMMG)

La Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita di Fimmg-Metis ha disegnato il progetto Safe (Stile di vita – Alimentazione – Farmaco – Esercizio Fisico) per la prevenzione e la gestione integrata del sovrappeso e dell'obesità attraverso un percorso decisionale di presa in carico adeguato al contesto della medicina generale

<http://old.fimmg.org/alimentazione/safe/index.html>.

Il progetto Safe propone 7 step fondamentali da percorrere nel setting della Medicina Generale:

- misurare altezza e peso per calcolare l'IMC (Indice Massa Corporea);
- misurare la circonferenza della vita;
- evidenziare eventuali alterazioni croniche delle condizioni di salute associate;
- valutare se il paziente debba perdere peso;
- valutare se il paziente è pronto e motivato a perdere peso;
- scegliere con il paziente la strategia terapeutica più appropriata: dietologica, esercizio fisico, terapia comportamentale, farmacologica, chirurgica;
- valutare l'eventualità di un invio in Centro di 2° livello per la gestione dell'obesità (Riabilitazione Metabolico Nutrizionale Psicologica).

Obiettivi della rete di strutture specialistiche (Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica, Strutture specialistiche H24, Riabilitazione Intensiva Metabolico Nutrizionale Psicologica)

Nel documento di Consenso SIO/SISDCA dell'ottobre 2009 (<http://w3.uniroma1.it/scialim/index.php?pag=345>) sulle Indicazioni per i diversi Livelli di Trattamento si sottolinea come, essendo l'Obesità una patologia cronica, con una patogenesi complessa sia necessario:

- team approach: approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti e infermieri;
- setting multipli: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – indirizzata agli stati gra-



Una rete assistenziale costituita da SIAN, MMG e Strutture Specialistiche è in grado di rispondere in modo adeguato alle diverse esigenze assistenziali di una popolazione che presenta una prevalenza di sovrappeso pari al 35% circa, in cui il 10% è obeso e di questi un 10% (550-600.000 soggetti) presenta un'obesità complicata sul piano cardiovascolare, dismetabolico, osteoarticolare, funzionale.

vi di malnutrizione, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita. Questa rete assistenziale prevede la presenza di:

- a. ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare (aree internistico-metabolico-nutrizionale e psicologico-psichiatrica);
- b. day hospital (diagnostico/terapeutico-riabilitativo), day service, centro diurno (terapeutico-riabilitativo o solo diagnostico);
- c. riabilitazione intensiva residenziale (cod. 56 o ex art. 26) o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative);
- d. ricoveri H24.

INTEGRAZIONE TRA SIAN, MMG E RETE DI STRUTTURE SPECIALISTICHE NEL TRATTAMENTO INTEGRATO DELL'OBESITÀ

Una rete assistenziale costituita da Sian, mmg e strutture specialistiche è in grado di rispondere in modo adeguato alle diverse esigenze assistenziali di una popolazione con una prevalenza di sovrappeso pari al 35% circa, in cui il 10% è obeso e di questi un 10% (550-600.000 soggetti) presenta un'obesità complicata sul piano cardiovascolare, dismetabolico, osteoarticolare, funzionale.

Le competenze ed i ruoli di Sian, mmg

e strutture specialistiche sono a tal fine sufficientemente complementari da consentire un'efficace integrazione di azioni con queste finalità:

- gestione duratura del paziente: l'obesità è una malattia con un'etiopatogenesi complessa, ad andamento cronico, causa di altre malattie croniche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, osteoporosi, ...), soggetta a "ricutizzazioni";
- collocamento del paziente nel setting di trattamento ideale in funzione del livello di gravità, comorbidità e disabilità;
- "circolazione" efficace del paziente all'interno della rete assistenziale in funzione del "momento" della malattia che il paziente sta vivendo;
- scambio di informazioni tali da rendere il più efficace possibile l'intervento che ognuna delle componenti andrà a fare.

¹"Sapienza" Università di Roma – Dip Fisiopatologia Medica, Soc. It. dell'Obesità (Sio) Soc. It. Studio Disturbi del Comportamento Alimentare (Sisdca)

²Rete dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (Sianet)

³Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg)

⁴Rete dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica (Adi-Sdnc)

Il lavoro della Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis

Implementare le Carte, ridurre il rischio

Migliorare le carte del rischio cardiovascolare e il punteggio individuale, strumenti che costituiscono un supporto diagnostico, semplice e facilmente fruibile, nella pratica clinica del medico di famiglia

di Andrea Pizzini

L'identificazione delle persone a rischio elevato di infarto del miocardio è uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico.

Recentemente, attraverso la Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis, è iniziata una collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità sul Progetto Cuore per l'implementazione delle Carte del rischio cardiovascolare.

Per identificare gli individui che hanno una alta probabilità di essere colpiti da infarto, e quindi per valutare il loro rischio globale assoluto, si utilizzano funzioni di rischio derivanti da studi longitudinali condotti su gruppi di popolazione seguiti nel tempo. Le Carte del rischio non sono altro che classi di rischio globale assoluto calcolate per categorie di fattori di rischio. Si deve tenere conto che quando i fattori di rischio considerati aumentano, la

rappresentazione del rischio come carta viene abbandonata e si preferisce utilizzare i punteggi di rischio individuale, tramite semplici procedure di calcolo informatizzate (programma cuore.exe scaricabile gratuitamente dal sito web del Progetto Cuore: www.cuore.iss.it). A tutt'oggi vengono considerati a rischio cardiovascolare elevato i soggetti che hanno un rischio maggiore del 20% di incorrere in un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni.

Le strategie per la riduzione dei fattori di rischio sono quella di popolazione e quella individuale. La strategia di popolazione si basa sul fatto che la maggior parte dei casi di cardiopatia ischemica risulta dovuta all'esposizione di una larga parte della popolazione a fattori di rischio moderatamente elevati. L'approccio di popolazione è mirato a ridurre i livelli dei fattori di rischio della popolazione nel suo insieme; la logica di tale approccio è quella secondo cui sebbene il rischio di cardiopatia ischemica per ciascun individuo possa ridursi solo di una piccola quantità, l'effetto di popolazione

potrebbe essere sostanziale dal momento che molte persone ne sono affette e, in termini di vite salvate, superiore rispetto a interventi selettivi sui soggetti ad alto rischio. Questo fenomeno è noto come paradosso della prevenzione. La strategia di popolazione dunque è diretta alla riduzione del rischio cardiovascolare cui è esposta la popolazione nel suo complesso. La strategia individuale è quella rivolta agli individui ad alto rischio, essa mira ad identificare, mediante l'uso di indagini clinico-anamnestiche, di laboratorio e strumentali, i soggetti che, all'interno di una popolazione, corrono un rischio particolarmente alto di cardiopatia coronarica. Le due strategie sono complementari e non mutuamente esclusive e vi sono ragioni che fanno prevedere che l'uso corretto dell'una possa migliorare l'efficacia dell'altra.

L'obiettivo della carta del rischio cardiovascolare e del punteggio individuale è quello di servire come supporto diagnostico semplice e facilmente fruibile, nella pratica clinica del medico di famiglia.



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

Donatella Alessio, C. Benedetti, Fabio

Bono, A. Campanili, Luca Ciangottini,

Lucia Conti, Fiorenzo Corti, Mario Costa,

Bruno Cristiano, M. Dolciotti, Paolo

Giarrusso, Dario Grisillo, Ester Maragò,

Walter Marrocco, Antonino Michienzi,

Aldo Mozzone, Stefano Nobili,

Aldo Pagni, A. Petrucci, Andrea Pizzini,

A. Pizzo, Mariano Rampini, C. Ravandoni,

Eugenio Santoro, Mauro Ucci

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Foto

Fabio Ruggiero

Stampa

Union Printing - Viterbo

Finito di stampare nel mese di settembre 2010

Registrazione al Tribunale di Bologna

n. 7381 del 19/11/2003

Costo a copia 2,50 €

Testata associata a



In fase di certificazione secondo
il Regolamento CSST (senza marchio)

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

RINASCERE

alle terme di Toscana

www.turismo.intoscana.it
VOGLIO VIVERE COSÌ



Regione Toscana



TOSCANA

