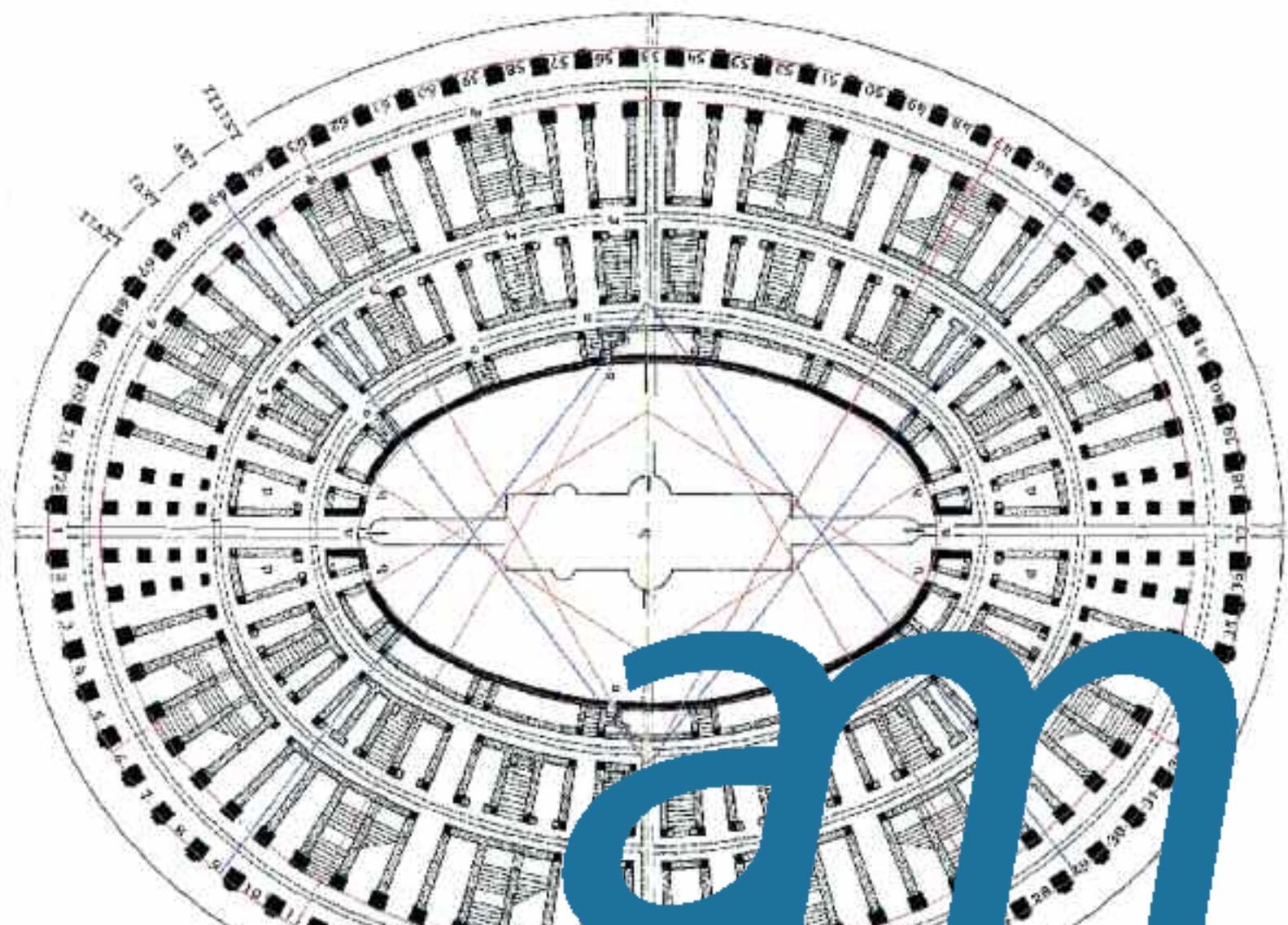


**68° Congresso  
nazionale  
Fimmg Metis**

# Le tecnologie nello studio del Medico di Famiglia: coniugare approccio olistico e high-tech

Roma 4-9 novembre 2013



**FIMMG**  
FEDERAZIONE ITALIANA  
MEDICI DI FAMIGLIA

Federazione Italiana Medici  
di Medicina Generale

## AVVENIRE MEDICO



# Patto per la salute e nuova convenzione: il momento della verità per la medicina generale.

di Giacomo Milillo  
Segretario nazionale Fimmg

**N**ei prossimi mesi, tra Patto per la salute e nuova convenzione che ci apprestiamo a trattare, sarà deciso, almeno sulla carta, il nuovo assetto dell'assistenza primaria in cui ci troveremo ad operare noi tutti medici di medicina generale.

Si apre una partita difficile, non scontata, il cui risultato dipenderà dalla nostra forza e dalla nostra abilità contrattuale.

Due le squadre in campo: da una parte quella delle regioni, dall'altra la nostra, quella dei sindacati dei professionisti.

La squadra delle regioni si presenterà compatta, ma siamo certi che ogni singola regione farà poi il suo di gioco.

La nostra squadra è pronta, ha definito le sue strategie, sa ciò che vuole.

Quel che vogliamo lo stiamo dicendo da anni: cambiare il modo di lavorare, lasciandoci alle spalle l'isolamento individuale, eliminare la concorrenza sulle scelte, offrire piena occupazione fin dall'ingresso nella convenzione, dotarsi del supporto di assistenti di studio.

Siamo pronti a produrre assistenza di qualità fondata sul rapporto di fiducia individuale e continuato nel tempo, utilizzando sul territorio nuove risorse oggi destinate a servizi inappropriati.

La squadra delle regioni cercherà di imporre una convenzione che ci veda inquadrati in una squadra di soldatini agli ordini delle strutture aziendali, da gestire con semplici ordini di servizio.

Neanche ci viene offerta la dipendenza che qualcuno di noi potrebbe anche prendere in considerazione, ci vogliono trasformare in pseudodipendenti di serie B, ci vogliono togliere l'autonomia ma la responsabilità ce la vogliono lasciare.

Noi non ci stiamo.

Siamo pronti a batterci e ci batteremo. L'esito della battaglia dipenderà dalla capacità di lotta e dalla compattezza della categoria.

## EDITORIALE

A colloquio con Donatella Alesso, responsabile scientifica di Metis

# Un congresso olistico, che ragiona di tecnologie

L'approccio olistico al paziente è sempre stato caratteristico dei medici di Medicina Generale: guardare al paziente nella sua interezza, con la sua realtà individuale e le sue patologie che si intrecciano, per cercare una risposta "complessiva". E nel 68° Congresso Fimmg-Metis questa visione d'insieme si afferma come una metodologia di lavoro: discutere della Medicina Generale, delle sue criticità e delle sue prospettive, senza separare momenti politico-sindacali e momenti di approfondimento scientifico

di Eva Antoniotti

Ultimi ritocchi in vista dell'avvio del 68° Congresso nazionale Fimmg – Metis, che quest'anno si terrà a Roma, nel rinnovato Hotel Ergife. Ma le idee sono molto chiare: sarà un congresso olistico, che discuterà del mondo della Medicina Generale complessivamente, senza le tradizionali divisioni tra parte scientifica e parte politico-sindacale. Ispirandosi a quell'approccio d'insieme che ha sempre caratterizzato il medico di Medicina Generale nei confronti del paziente, quest'anno i la-

vori congressuali affrontano i nodi della professione con una metodologia analoga, olistica. "Perché ormai è chiarissimo – spiega la responsabile scientifica di Metis, Donatella Alesso – che non ha senso ragionare separatamente di accordi regionali e di novità scientifiche, ad esempio, perché le due cose interagiscono: come deve cambiare l'organizzazione sanitaria per accogliere una novità tecnologica o scientifica? E, per converso, cosa produce quell'innovazione scientifica in termini di risultati di salute e dunque anche

## I lavori del 68° Congresso

*Tanti appuntamenti: relazioni, sedute plenarie, tavole rotonde, corsi tematici (v. programma sintetico alle p.8-10). Ma soprattutto tanti workshop, per confrontarsi sulle nuove frontiere della Medicina Generale.*

### 5 novembre 2013 - workshop La Rete delle demenze: opportunità e strumenti

Razionale: le demenze rappresentano un problema di grande impatto sul piano socio-sanitario. Numerosi sono i casi in tutto il mondo: si stima che nel 2020 raddoppieranno, passando dai 24 milioni attuali, ad oltre 48 milioni.

La demenza è una patologia che coinvolge il paziente e la famiglia che spesso si tro-

va impreparata a ad affrontare le necessità che il malato comporta. Di fronte a malattie cronico-progressive come la demenza, occorre mettere in atto un approccio multidisciplinare, al fine di assicurare la presa in carico globale del paziente. Occorre quindi organizzare sul territorio una rete integrata di servizi (sanitari e socio-assistenziali) per dare le risposte più adeguate nelle varie fasi della malattia, senza lasciare troppo spazio a due forme limite di assistenza: da una parte la sola famiglia e dall'altra l'istituzionalizzazione.

Spesso i tempi per la prima diagnosi di demenza sono molto lunghi (anche 4 anni dall'esordio dei sintomi). Per creare le condizioni atte a favorire la formulazione di una diagnosi tempestiva, sono stati organizzati in Calabria, presso il Centro Regionale di

Neurogenetica di Lamezia Terme, corsi di formazione per un gruppo di Medici di Medicina Generale, che hanno avuto come tematiche il deterioramento cognitivo cronico progressivo, la diagnosi di deterioramento cognitivo minimo, senza impatto sulle abilità funzionali (Mid Cognitive Impairment, la diagnosi di demenza conclamata). Durante il workshop saranno approfondite le tematiche e riportati i risultati e le prospettive del GPDstudy (General Practitioner Dementia study).

### 4 novembre 2013 - workshop Organizzazione e management di uno studio di medicina generale

In questi ultimi anni il Sistema Sanitario è andato incontro a profondi cambiamenti finalizzati ad un miglior uso delle risorse. Con l'avvento della crisi economica, inci-



Donatella Alesso, responsabile scientifica di Metis

### **Dottoressa Alesso, perché questa sottolineatura sulla dimensione olistica del Congresso?**

Credo che sia qualcosa che è già nel carattere proprio di Fimmg e di Metis. Metis è una società scientifica che nasce per fini professionali, perché i medici possano accrescere le proprie capacità, le proprie competenze e le proprie conoscenze ma sempre in modo irrelato a quella che è la professione. Fimmg, d'altra parte, è un sindacato che è anche una società professionale e che dunque si occupa della crescita di tutta la professione, coniugando il momento politico sindacale con il momento scientifico professionale. Collegare, anche nei tempi congressuali, i due momenti può aiutarci ad avere una migliore visione d'insieme, mettendo a punto una proposta più forte.

### **Come si coniuga questa visione olistica con il secondo elemento focale del Congresso, che è la tecnologia?**

Il rapporto con la tecnologia è una delle criticità della Medicina Generale e proprio per questo noi vogliamo metterla al centro della nostra riflessione congressuale. In questa fase storica la tecnologia ha un grande prestigio e un grande valore, anche simbolico; l'immagine del medico di medicina generale invece, sia tra la gente che tra noi stessi, è ancora lontana dalle tecnologie e quindi sembra svaloriata. Ma le cose non stanno così: la tecnologia è uno strumento straordinario e noi, con consapevolezza, dobbiamo impadronircene, senza però perdere le nostre caratteristiche.

di costi/risparmi per le Asl?". Per comprendere come cambierà la Medicina Generale, dunque, occorre intrecciare i diversi ambiti e ricercare una risposta complessiva nel corso delle giornate congressuali di Roma.

dendo pesantemente la sanità sui bilanci statali, questi cambiamenti si sono resi ancora più necessari e contestualmente più rapidi nel loro divenire. Le novità della legge Balduzzi, la creazione di Aft e Uccp, sia pure con diversi nomi nelle Regioni, sono il presupposto imprescindibile per riuscire a mantenere un sistema sanitario sostenibile ma non sono sufficienti.

L'ingresso di nuove figure professionali nei sistemi organizzati territoriali (infermieri laureati, assistenti sociali, ostetriche ecc.) darà un importante contributo alla gestione dei percorsi di cura della cronicità ma sarà inevitabilmente necessario spostare verso l'alto il ruolo clinico della Medicina Generale al fine di mantenere una leadership culturale. Abbandonare ruoli che possono essere gestiti da altre figure mantenendo il controllo dei percorsi, migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed agire la Governance devono essere i nostri obiettivi.

In altre parole trasformare le A.F.T. - U.C.C.P. da luoghi di sofisticato triage a luoghi di diagnosi di primo livello e di miglioramento della appropriatezza dei percorsi e della terapia.

Per fare ciò è necessaria la tecnologia in uso alla Medicina Generale che ad integrazione della visita permetta di risolvere le domande di salute dei Cittadini direttamente al primo livello migliorando l'appropriatezza dell'uso dei servizi territoriali ed ospedalieri.

### **8 novembre 2013 - giornata di studio Sirfet L'aderenza al trattamento, un fenomeno complesso: aderenza ed educazione terapeutica**

La scarsa o la mancata aderenza al tratta-

mento da parte del paziente rappresenta oggi un vero problema, in particolare nella cura delle persone affette da una malattia cronica nelle quali si riscontra un'aderenza che non supera il 50%. I meccanismi che influenzano l'aderenza sono complessi e gli ostacoli molteplici e di diversa natura.

Il rapporto tra il medico ed il paziente risulta essere uno dei principali fattori alla base di comportamenti che si ripercuotono sulle condizioni di salute del malato, sui sentimenti e sul comportamento del medico, sugli aspetti economici ed organizzativi del sistema sanitario. L'educazione terapeutica rappresenta uno degli strumenti utili al medico ed al personale sanitario per aumentare l'aderenza nei pazienti cronici, come provato dalla ricerca in questo settore.

**Segue**

### Insomma i pazienti vi vedono “all’antica”?

Sì, in qualche modo. In un mondo dominato dai numeri, per esempio, ci chiedono spesso di misurare la pressione, per uscire dalla visita con un dato certo, misurabile. Ma noi sappiamo anche, e tutte le ricerche lo confermano, che il mmg è apprezzato dai pazienti per la sua caratteristica essenziale: il rapporto di fiducia, la capacità di ascolto. Il rischio è che a volte, in un circolo vizioso, il medico di medicina generale, che vede come tutto l’apprezzamento e l’attenzione, anche da parte dei decisori politici, vada solo a chi ha nelle mani strumenti tecnologici, possa mettere in dubbio il valore del “semplice” rapporto fiduciario con il paziente, trascurando così la caratteristica peculiare del nostro ruolo professionale.

### Invece quale può essere il rapporto virtuoso tra Medicina Generale e tecnologia?

Bisognerebbe dare quel tanto di tecnologia che basta, che accresce le competenze della categoria e che serve a non demandare inutilmente i pazienti al secondo livello. Si tratta di far entrare nei nostri studi le tecnologie adatte o adattabili ad uno studio di MG, tenendo conto della tipologia di studio e del territorio nel quale ope-

riamo. È chiaro che bisogna valutare sia la realtà geografica in cui ci muoviamo, perché è diversa la situazione di chi lavora in città rispetto a quella di chi opera in situazioni isolate e distanti da altri presidi; così come bisogna tener presente le condizioni di rapporto con le Asl e, ovviamente, la dimensione dello studio, perché è semplice comprendere come la tecnologia sia più facilmente utilizzabile in studi complessi, che possono magari contare anche su personale di supporto. Prima di decidere, occorre capire bene che tipo di tecnologia utilizzare, perché in passato abbiamo avuto esperienze non positive con alcuni strumenti, che si sono rivelati poco fruibili o perché avevano eccessivi costi di gestione, o perché assorbivano molto tempo o perché i pazienti hanno mostrato di non voler partecipare ai loro costi, non rimborsabili dal Ssn.

### In che senso?

Ci sono stati due possibili esiti negativi: o il medico si è, di fatto, trasformato in uno specialista, cosa in sé non negativa ma che lo ha comunque portato fuori dal suo ruolo, oppure, come è successo spesso, ha speso soldi per acquistare macchinari che hanno mostrato le difficoltà che indicavo prima e che quindi sono stati in breve accantonati.

## Segue

### 7 novembre 2013 - workshop Dall’esecuzione alla programmazione vaccinale nell’adulto: evoluzione di vaccini e vaccinazioni nel setting della Medicina Generale

Nella storia della Medicina, le strategie vaccinali hanno sempre avuto un ruolo cardine nella prevenzione e controllo delle specifiche malattie infettive, ma negli ultimi anni si sta sempre più percependo un attacco scellerato contro le vaccinazioni, chiaramente mirato a screditare questo importante strumento di prevenzione primaria a difesa di tutta la Collettività, che corre il rischio di intaccare quel patrimonio culturale, costruito nel tempo, che ha consentito al nostro Paese di raggiungere percentuali di coperture vaccinali tra le più alte in Europa, se non nel mondo.

Fino a poco tempo fa, il medico di famiglia, in occasione di particolari periodi di morbidità, come nel caso della vaccinazione in-

fluenzale, veniva coinvolto, quasi esclusivamente, come esecutore della vaccinazione degli adulti, ma a tutt’oggi, la continua e costante crescita della sua cultura vaccinale, supportata anche da adeguati strumenti di supporto tecnico-scientifico, lo hanno portato rapidamente ad avere un ruolo cardine nelle suddette strategie.

Un fondamentale supporto è stato fornito anche dalla stesura del “calendario vaccinale per la vita”, che si prefigge tra gli obiettivi quello di prevenire, anche nell’adulto, le patologie infettive che hanno un significativo impatto sulla salute della comunità e conseguentemente sulla sostenibilità del Sistema.

### 4 novembre 2013 - workshop La gestione delle cronicità ostruttive respiratorie nel ambito di una visione di sistema

Le patologie respiratorie croniche rappresentano una ampia parte delle malattie che vengono quotidianamente portate all’attenzione del medico di famiglia; eppure,

malgrado la mole di linee guida regolarmente pubblicate, non si è realizzata in questo ambito la stessa standardizzazione dell’approccio diagnostico terapeutico che si trova in altre patologie croniche. L’asma bronchiale è una patologia frequente, che in Italia colpisce il 3-4% dei giovani adulti e circa l’8% dei bambini. La malattia è spesso sottodiagnosticata e mal gestita, ed è tuttora responsabile di accessi al pronto soccorso e di ricoveri ospedalieri, e più in generale è causa di alti costi diretti ma particolarmente indiretti legati alla morbidità.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è, fra le malattie respiratorie croniche, quella che attualmente rappresenta il problema sanitario più rilevante a livello internazionale: il suo impatto epidemiologico, clinico, sociale e socio-economico è infatti in progressivo incremento.

È quindi essenziale che le strategie diagnostiche e terapeutiche per la gestione di queste malattie siano perfezionate, adattate alla realtà operativa dei mmg italiani, ed applicate su larga scala.

## Quali strumenti tecnologici possono essere davvero utili al mmg?

Innanzitutto ci sono i farmaci: noi spesso non consideriamo i medicinali come “tecnologia”, ma invece lo sono a tutti gli effetti e sono certamente il nostro principale strumento di lavoro.

E poi ci sono gli elettrocardiografi, gli holter pressori, gli spirometri, tutti strumenti che possono rivelarsi molto validi, in particolare se si ha una certa popolazione di pazienti cronici, possibilmente concordando con le Asl e le Regioni piani diagnostico-terapeutici, progetti specifici, modelli di assistenza integrata ecc. E qui torniamo all'interrelazione tra momento scientifico e momento sindacale della professione, come dicevamo all'inizio.

## Ma il mmg ha le competenze per utilizzare queste apparecchiature?

Bisogna sgombrare il campo da un pregiudizio diffuso, ovvero che il medico oggi non sappia più “fare” nulla: invece può essere assolutamente in grado di fare e interpretare un elettrocardiogramma o una spirometria, potendo inoltre contare, grazie alle moderne tecnologie informatiche, sulla possibilità di una tele refertazione specialistica o di acquisire second opinion in caso di necessità.

Ma proprio per avvicinare i colleghi alla tecnologia, nel corso del Congresso ci saranno continuamente brevi corsi dedicati all'uso di alcune strumentazioni. Ci auguriamo che questo aiuti i medici a scegliere ciò di cui hanno davvero bisogno, per i loro studi e per la salute dei loro pazienti.



## 6 novembre 2013 - workshop Depressione e compliance nella terapia

Il primo referente delle persone che cercano aiuto perché si sentono stanche e depresse è di solito il loro medico di famiglia. È stato valutato che un paziente ogni dieci che si presenta dal medico ha problemi di umore depresso. In circa la metà dei casi, questo disturbo sarebbe tale da impedire al paziente di rispettare i suoi impegni e le sue occupazioni. Pertanto la depressione deve essere considerata dalla Medicina Generale come problema clinico alla stregua del diabete o dell'ipertensione, senza preconcetti di “incompetenza” o di altrui pertinenza.

La Medicina Generale può dare ordine ai problemi più comuni dei pazienti, collaudando ed affinando approcci specifici che valorizzano il suo ruolo e l'economicità generale (di risorse, tempo, impatto emotivo, ecc.); un grosso impegno pragmatico dovrebbe essere dedicato ad esemplificare le definizioni diagnostiche e promuovere approcci rivolti innanzitutto al problem-solving, con impatto e costi (largamente intesi) il più possibile ragionevoli.

Il medico di famiglia, con la sua prossimità al paziente, è certamente la figura professionale più indicata a cogliere i sintomi di esordio della sindrome depressiva, a distinguere tra le manifestazioni reattive ad eventi negativi e quelle che richiedono terapie più o meno aggressive o intervento specialistico.

## 8 novembre 2013 - workshop La tecnologia e la formazione in Medicina generale

L'introduzione di devices tecnologici per la diagnostica di primo livello negli ambulatori della Medicina Generale impone l'acquisizione di nuove competenze, talvolta con curve di apprendimento alquanto lunghe. Un passo importante per la futura professione consisterebbe nell'introduzione di corsi ad hoc nel contesto del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. In che modo realizzare questa “formazione nella formazione”? Come si possono conciliare le tradizionali esigenze didattiche del Corso con la necessaria di acquisizione di tali nuove capacità e competenze? Quali Regioni hanno già provveduto ad inserire questi corsi nel contesto della formazione, in

che modo e con quali risultati?

## 8 novembre 2013 - workshop Farmaci innovativi in Medicina Generale

La gestione del farmaco innovativo è oggi responsabilità esclusiva dello specialista e questo non tutela appieno l'interesse del cittadino. Il ruolo della MG nell'uso dei farmaci innovativi è tuttora marginale nel sistema.

Ma il ruolo dei mmg ormai è indirizzato verso orizzonti di maggiore responsabilità, in considerazione sia dell'aumento del numero di pazienti affetti da patologie croniche, sia dell'invecchiamento della popolazione, sia della dimissione precoce dal setting ospedaliero. Gli italiani affetti da almeno una malattia cronica sono circa venticinque milioni, pari al 45,6% della popolazione con più di sei anni di età. E la malattia cronica necessita di approccio multidimensionale e multidisciplinare, in cui la sovrapposizione di responsabilità tra mmg e medico specialista non deve essere una inutile duplicazione delle attività di cura, ma un confronto per individuare la migliore soluzione.

## 68° Congresso nazionale Fimmg – Metis 2013

# La tecnologia nello studio del medico di famiglia: coniugare approccio olistico e high-tech

Roma - Ergife Palace Hotel  
4-9 novembre 2013

### **4 NOVEMBRE 2013 - LUNEDI'**

**9.00 – 10.00 Sessione Plenaria**

- Apertura del Congresso *Giacomo Milillo*
- Presentazione del Congresso *Malek Mediati*
- Di che cosa parliamo in questo Congresso *Donatella Alesso*
- Presentazione progetto “La defibrillazione precoce nel territorio”

**10.00 – 13.00 Sessione Plenaria**

**Tavola Rotonda: Strumenti tecnologici nella pratica della Medicina Generale**

Coordinatori: *Sergio Pillon, Silvestro Scotti*

Relatori: *Paolo Misericordia, Vittorio Boscherini, Vincenzo Landro, Alfonso Di Carlo, Donatella Alesso, Gabriella Levato, Dario Grisillo, Roberto Venesia*

**14.00 - 20.00**

**WORKSHOP BLS-D, primo soccorso e defibrillazione precoce nel territorio**

Docente: *Isabella Bartoli*

Istruttori: *Massimo Arcidiacono, Domenico Rapicavoli, Mirco Sorce, Francesco Marino*

**14.00 – 16.00**

**WORKSHOP: Organizzazione e management di uno studio di medicina generale**

*Fabio Bono, Renzo Le Pera, Alfonso Di Carlo, Dario Grisillo, Antonio Gabriele Bonagura, Annalisa Bianchi*

**WORKSHOP I test di genetica e le cure primarie, un percorso da condividere**

Moderatore: *Guido Sanna*

*Lucia Monaco, Raciti Teodoro, Simona Bellagambi, Domenico Grimaldi*

**16.00 – 18.00**

**WORKSHOP La gestione delle cronicità ostruttive respiratorie nell'ambito di una visione di sistema**

*Con il contributo non condizionante di Menarini*

Moderatore: *Mietta Venzi*

*Alessandro Prestifilippo, Fulvio Braido, Angelo Corsico*

**WORKSHOP Risk management nel territorio**

Moderatore: *Domenico Grimaldi*

*Paolo Giorgianni, Mario Arnetoli*

### **5 NOVEMBRE 2013 - MARTEDI'**

**9.00 – 11.00 Sessione Plenaria**

**Tavola Rotonda: ICT, Aspetti etici deontologici e pratici e normativi**

Moderatore: *Brunello Gorini, Giacomo Caudo*

*Guido Marinoni, Amedeo Bianco, Sergio Pillon, Silvestro Scotti, Giuseppe De Pietro*

**LA RETE DELLE DEMENZE: STRUMENTI ED OPPORTUNITÀ** *Amalia Bruni*

**Premio “Mario Boni”**

**Intervento Associazione medici di famiglia volontari per le emergenze (AMFE)**

Intervento di *Fabrizio Cola*, Responsabile Ufficio Gabinetto Relazioni esterne Ministero dell'Interno

**11.00 – 13.00**

**Consiglio Nazionale FIMMG**

**14.00 - 20.00**

**WORKSHOP BLS-D, primo soccorso e defibrillazione precoce nel territorio**

Docente: *Isabella Bartoli*

Istruttori: *Massimo Arcidiacono, Domenico Rapicavoli, Mirco Sorce, Francesco Marino*

**14.30 – 16.30**

**WORKSHOP: La innovazione tecnologica a supporto della efficacia della terapia cardiovascolare**

**Con il contributo non condizionante di Servier Italia e IFB Stroder**

Moderatore: *Domenico Grimaldi*

*Roberto Giugliano, Vincenzo Motta, Fabrizio Giovanni Oliva*  
**WORKSHOP Progetto Legale evoluzione giurisprudenziale**

Moderatori: *Giandomenico Savorani, Francesco Caroleo*  
*Arturo Maresca, Barbara Grandi, Giacomo Milillo*

**WORKSHOP GPDStudy: interazione tra MMG e Centro Demenze: risultati e prospettive**

*Amalia Bruni, Antonio Pio D'Ingianna, Nazzareno Brissa*  
**16.30 – 18.30**

**WORKSHOP La tecnologia supporto della gestione integrata nei malati cronici**

Moderatore *Brunello Gorini*

*Gabriella Levato, Luigi Faggian, Guido Sanna*

**WORKSHOP Medicina di famiglia e patologia di sessualità della coppia: quale ruolo, quale approccio, quali indagini?**

**Con il contributo non condizionante di Menarini**

Modera: *Mauro Ucci*

*Emmanuele Angelo Francesco Jannini, Alessandra Graziottin, Salvatore Scotto di Fasano*

## **6 NOVEMBRE 2013 - MERCOLEDÌ**

**9.00 – 11.00** Sessione Plenaria

**Tavola Rotonda “Documento di Consenso”: quale stile di vita nelle polipatologie”**

Moderatore: *Walter Marrocco – Enrico Desideri*

Relatori: *Massimo Fini, Lorenzo Maria Donini, Andrea Pizzini*  
*Discussant.*

Invitati: *Fabrizio Oleari, Romano Marabelli, Roberto Messina, Tonino Aceti, Enrico Piroli, Giuseppe Ugolini, Daniele Leodori, Rodolfo Lena, Nicola Zingaretti, Domenico Sigalini*

**11.00 – 11.30** Sessione Plenaria

**La ricerca annuale del Centro Studi della FIMMG**

**Condividere le decisioni nei processi di diagnosi e cura: i pareri dei medici e dei pazienti**

Moderatore: *Paolo Misericordia* (Responsabile Centro Studi Nazionale della FIMMG)

Interventi: *Aldo Piperno* (Centro Studi Nazionale della FIMMG),  
*Gadi Schoeneit* (DoxaPharma)

**08.30 – 17.30**

**WORKSHOP CORSO TEORICO PRATICO PER L'USO DEGLI ECOSTETOSCOPI IN MEDICINA GENERALE**

*Fabio Bono, Filippo. Pizzicaroli, Massimo Covanti, Sergio Riccitelli, Fabio Isirdi*

**11,30 – 13,30**

**WORKSHOP: Depressione e compliance alla terapia**

**Con il contributo non condizionante di Abbott**

Modera: *Donatella Alesso*

*Riccardo Torta, Donatella Alesso, Alfonsino Garrone*

**WORKSHOP: Tecnologia per la diagnostica e la terapia in Medicina Generale: un futuro già realizzabile**

Modera: *Renato Savio Fornara*

*Marianno Franzini, Mario Lera, Guido Motolese*

**14.00 - 20.00**

**WORKSHOP BLS-D, primo soccorso e defibrillazione precoce nel territorio**

Docente: *Isabella Bartoli*

Istruttori: *Massimo Arcidiacono, Domenico Rapicavoli, Mirco Sorce, Francesco Marino*

**14.30 – 16.30**

**WORKSHOP: Verso una prevenzione personalizzata e centrata sul paziente**

**Con il contributo non condizionante di Pfizer**

Modera: *Carlo Gargiulo*

*Riccardo Torta, Ferdinando Fusco, Stefano Taddei, Antonio Pio D'Ingianna, Daniela Livadiotti*

**14.15 – 17.15**

**WORKSHOP: Dalla continuità assistenziale all'out of hours e viceversa: quale ruolo unico**

*Tommasa Maio, Alessandro Dabbene, Alberto Vaona, Rudiger-Leutgeb, Hilde Philips, John O'Malley, Silvestro Scotti, Giacomo Milillo*

Invitati ad intervenire: *Luigi Marroni, Giovanni Bissoni, Ernesto Esposito, Enrico Desideri*

**16.30 – 18.30**

**WORKSHOP: La gestione integrata del dolore nell'era digitale**

*Lorenza Bacchini – Fiorenzo Orlandini*

**WORKSHOP: L'innovazione tecnologica nella gestione integrata delle vasculopatie periferiche**

Moderatori: *Donatella Alesso, Domenico Grimaldi, Teo Raciti*  
*Bruno Lucia, Pierluigi Antignani, Michelangelo Maria Di Salvo, Paolo Giorgianni, Claudio Ligresti*

**18.00 – 19.30**

**Consiglio Nazionale Continuità Assistenziale**

## **7 NOVEMBRE 2013 - GIOVEDÌ**

**9.30 – 11.30** Sessione Plenaria

**Tavola Rotonda: Una Fondazione per migliorare l'assistenza: opportunità e cautele nella condivisione dei dati sanitari**

Moderatori: *Paolo Misericordia, Massimo Mangia*

Invitati: *Luca Bolognini, Claudio Filippi, Angelo Lino Del Favero, Agostino Ragosa*

**8.00 - 14.00**

**WORKSHOP BLS-D, primo soccorso e defibrillazione precoce nel territorio**

Docente: *Isabella Bartoli*

Istruttori: *Massimo Arcidiacono, Domenico Rapicavoli, Mirco Sorce, Francesco Marino*

**11,30 – 13,30**

**WORKSHOP: Dall'esecuzione alla programmazione vaccinale nell'adulto: evoluzione di vaccini e vaccinazioni nel setting della Medicina Generale**

**Con il contributo non condizionante di Pfizer – Sanofi Pasteur MSD**

*Rocco Russo, Maria Corongiu, Giovanni Gabutti, Paolo Castiglia Guido Sanna, Michele Conversano, Giacomo Milillo*

**WORKSHOP La Comunicazione MMG – SPECIALISTA: una nuova piattaforma elettronica per la gestione integrata delle patologie croniche**

*Paolo Misericordia, Massimo Mangia, Vincenzo Landro, Dario Grisillo*

**15.00-18.30** Sessione Plenaria

**Relazione del Segretario Generale Nazionale FIMMG Giacomo Milillo**

Interventi delle Istituzioni

## **8 NOVEMBRE 2013 - VENERDI'**

**9.30 – 11.15** Sessione Plenaria

**Tavola Rotonda: L'AIFA INCONTRA LA MEDICINA GENERALE**

Moderatore: *Walter Marrocco, Roberto Venesia*

Interventi: *Luca Pani, Paolo Siviero, Antonietta Martelli*

*Question time e discussione*

**11.15 – 11.45** Sessione Plenaria

**Relazione: La medicina Generale e l'EMA (European Medicines Agency)** *Guido Rasi*

**11.45 – 13.30** Sessione Plenaria

**Tavola Rotonda: Sostenibilità, appropriatezza ed aderenza alla terapia**

*Giacomo Milillo, Massimo Scaccabarozzi, Annarosa Racca, Enrique Häusermann, Francesco Rossi*

**08.30 – 17.30**

**WORKSHOP CORSO TEORICO PRATICO PER L'USO DEGLI ECOSTETOSCOPI IN MEDICINA GENERALE**

*Andrea Petrucci, Erasmo Di Macco, Franco Antonio Salvoni, Claudio Bulgarelli, Rosario Forestieri*

**9.00 – 18.00**

**WORKSHOP L'aderenza al trattamento, un fenomeno complesso : aderenza ed educazione terapeutica**

*Donatella Alesso, Francesco Losurdo, Maria Grazia Albano, Jean Françoise D'Ivernois, Aldo Maldonato*

**14.00 - 20.00**

**WORKSHOP BLS-D, primo soccorso e defibrillazione precoce nel territorio**

Docente: *Isabella Bartoli*

Istruttori: *Massimo Arcidiacono, Domenico Rapicavoli, Mirco Sorce, Francesco Marino*

**14.30 – 16.30**

**WORKSHOP La tecnologia e la formazione in Medicina Generale**

Moderatori: *Giandomenico Savorani, Giulia Zonno, Luigi Tramonte*

*Nicola Calabrese, Salvatore Caiazza, Luca Puccetti, Marco Nardelli, Eugenio Santoro, Carlo Curatola*

**WORKSHOP Dal paziente cronico al cittadino invalido: dalla clinica alla diagnosi medico legale**

Saluti delle Istituzioni: *Maria Cecilia Guerra, Mauro Nori, Giacomo Milillo*

Moderatori: *Afredo Petrone*

*Guido Marinoni, Lia De Zorzi, Francesco Ammaturo, Franco De Luca, Giuseppina D'Intino, Tonino Aceti*

**WORKSHOP Medicina Penitenziaria: Lo stato dell'arte e le prospettive**

Presiede e coordina *Pasquale Paolillo*

*Giacomo Caudo, Antonino Levita, Vincenzo De Donatis, Franco Alberti, Giulio Starnini,*

**16.30 – 18.30**

**WORKSHOP Tutele previdenziali ed assicurative per il medico di medicina generale**

*Celeste Russo, Franco Pagano*

**WORKSHOP I Farmaci innovativi in Medicina Generale**

Moderatore: *Romano Paduano*

*Emilio Stefanelli, Guido Sanna, Rappresentante AIFA*

## **9 NOVEMBRE 2013 - SABATO**

**9.30 - 10.30** Sessione Plenaria

**ESPERIENZE REGIONALI A CONFRONTO**

**10.30 – 11.30** Sessione Plenaria

Il sistema formativo a sostegno del SSN *Giulia Zonno, Giovanni Leonardi*

**11.30 – 13.30**

**WORKSHOP Tecnologia nella formazione: progetti, proposte e realtà**

Moderatori: *Silvestro Scotti, Domenico Grimaldi, Mirene Anna Luciani*

*Nicola Calabrese, Luca Puccetti, Eugenio Santoro*

**10.00 – 16.00**

**WORKSHOP BLS-D, primo soccorso e defibrillazione precoce nel territorio**

Docente: *Isabella Bartoli*

Istruttori: *Massimo Arcidiacono, Domenico Rapicavoli, Mirco Sorce, Francesco Marino*

**14.30 – 15.30**

**Seduta Ordinaria del Congresso – Modifiche Statutarie**

**15.30 – 18.30**

La tecnologia nello studio del medico di famiglia: le evidenze emerse. *Giacomo Milillo*

*Question time*

*Discussione*

*Chiusura del Congresso*

**WORKSHOP Strumentazione nello studio del medico di famiglia: dimostrazioni pratiche ed esercitazioni sull'uso (tutti i giorni ore 10.00 -12.00; ore 14.00-16.00; ore 17.00 – 19.00)**

Docenti: *Salvatore Attaguile, Giuseppe Severino, Rosario Morello*

All'interno del 68° Congresso nazionale Fimmg si svolgeranno due corsi, articolati in diversi incontri: il corso "Il mmg nell'alimentazione e nelle patologie correlate" organizzato dalla Simpesv (Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita) e il corso di Ecografia Generalista organizzato dalla Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale.

**Il programma dettagliato del  
68° Congresso nazionale Fimmg-Metis  
è disponibile sul sito  
[www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)**

# Una Nuvola di Salute per gestire le cronicità

**La gestione del paziente cronico tra cure primarie, territorio e ospedale è certamente una delle grandi sfide per l'efficacia e la sostenibilità del Ssn. Per affrontarla è essenziale l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e per questo, come spiega Paolo Misericordia, Fimmg e Federsanità-Anci lanciano il progetto NU.SA., la Nuvola della Salute**

**I**l quadro è chiaro a tutti: da una parte c'è una crescente domanda di salute (invecchiamento, aumento delle cronicità) e dall'altra la sostanziale riduzione del finanziamento per il Ssn. Questo impone una riorganizzazione del servizio sanitario che, sia pure con molte difficoltà, si va realizzando su tre assi: il rafforzamento delle cure primarie; la riorganizzazione ospedaliera (modello hub & spoke) e la gestione integrata delle patologie croniche che coinvolga e ottimizzi gli interventi delle cure primarie, dei servizi territoriali e dell'ospedale.

Quest'ultimo aspetto è assai rilevante sia in termini di qualità dell'assistenza, perché il paziente non deve essere abbandonato a se stesso tra un passaggio e l'altro ma "preso in carico", sia in termini di costi, perché è facile che si creino duplicazioni e sprechi. È del tutto evidente che le possibilità offerte dall'ICT e dalla sanità elettronica sono una straordinaria risorsa per gestire queste situazioni al meglio, ma occorre fare i conti con uno scenario che attualmente presenta ancora molte criticità. Manca l'integrazione tra i sistemi informativi delle cure primarie (cartelle cliniche elettroniche - CCE) e i servizi territoriali e ospedalieri, non sempre informatizzati e comunque raramente in condizione di dialogare.

Anche il progetto di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che pe-

raltro è funzionante solo in poche Regioni, è stato concepito più come "archivio", che raccoglie ricette, certificati, referti diagnostici, schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative a ciascun cittadino, che come strumento operativo. Proprio per questo, infatti, si è pensato di introdurre il Patient Summary, che prevede una sintesi della storia clinica del paziente la cui compilazione dovrebbe essere a carico del medico di medicina generale, ma che attualmente è ancora in fase sperimentale.

Per intervenire efficacemente in questa situazione, Fimmg e Federsanità Anci hanno pensato di dar vita ad un cloud per l'integrazione socio-sanitaria, che possa realizzare l'integrazione, e quindi lo scambio di informazioni, tra i diversi livelli dell'assistenza, come ci spiega Paolo Misericordia, responsabile del Centro Studi nazionale Fimmg.

## **Dottor Misericordia, come è nata questa collaborazione tra Fimmg e Federsanità?**

Fimmg, già da mesi ha avviato la creazione di un cloud (NetMedica Italia), per sostenere i medici di medicina generale nella gestione dei pazienti, in particolare negli studi complessi e nelle Aft. Sull'esigenza di integrare nella comunicazione tra di loro i sistemi territoriali, con i livelli specialistici, abbiamo trovato una completa assonanza in Federsanità-Anci. Così, abbiamo cominciato a lavorare insieme ad un progetto che fosse utile sia ai mmg, sia alle aziende sanitarie e ai professionisti che ci lavorano, soprattutto nell'interesse dei cittadini e della sanità pubblica, superando le difficoltà che fino ad ora si erano create con altri progetti di gestione integrata delle patologie croniche. E siamo arrivati a creare, insieme, NU.SA., ovvero Nuvola Sanità.

## **Un intervento per la sanità pubblica che nasce da soggetti privati...**

Fimmg e Federsanità associano soggetti ed Enti che operano, seppur a diverso titolo, nella sanità pubblica; è normale, quindi, che si impegnino al suo miglioramento, portando un contributo che si fonda sulla sinergia tra competenze e ruoli diversi.



### Come funziona questo cloud?

Si tratta di una piattaforma intermedia, che consente uno scambio dati automatico tra il mmg e lo specialista che seguono lo stesso paziente. Ovviamente è necessario l'assenso del paziente e il tutto avviene in un ambiente caratterizzato dalla massima sicurezza, con sistemi di crittografia "forte" che garantiscono la non accessibilità da parte di estranei. E, proprio per la funzionalità del sistema, tutti gli accessi risultano tracciati e regolati da una particolare policy, concordata tra i diversi soggetti coinvolti.

### In pratica, cosa succede utilizzando NU.SA.?

Quando il paziente si reca dal medico, che sia il suo medico di medicina generale o il suo specialista, questi potrà aprire la scheda-pa-

ziente e sapere tutto quello che è stato fatto relativamente alla specifica patologia (esami, prescrizioni, terapie, ricoveri, ecc.), avendo quindi un quadro completo. Una situazione particolarmente utile nei casi di pazienti affetti da patologie croniche, come BPCO, diabete, ipertensione o simili.

### Ci sono già sperimentazioni reali di NU.SA.?

Il cloud di NetMedica Italia a supporto delle AFT, compresa la Continuità Assistenziale, è già attivo in alcune realtà omogenee, come ad esempio la ASL di Arezzo. Per l'integrazione con il livello specialistico abbiamo contatti da più parti del territorio nazionale, a testimoniare l'interesse di tanti per l'iniziativa.

(E.A.)

## Fimmg Store

### Adr Fimmg Aifa

È lo strumento ideato da Fimmg, in collaborazione con Aifa, per semplificare alcune delle procedure relative alla Farmacovigilanza.

L'App, permette anche a domicilio del paziente di:

- accedere alla consultazione delle liste di trasparenza e rimborsabilità dei farmaci offerte pubblicamente da Aifa;
- eseguire in mobilità la segnalazione alle aziende sanitarie di reazioni avverse ai farmaci, agli integratori ed alle piante officinali, utilizzando i moduli Aifa in formato pdf;
- eseguire in mobilità la segnalazione dei difetti di fabbricazione utilizzando il modulo Aifa in formato pdf.

### Compilazione guidata dei moduli

La App offre un sistema integrato che guida l'utente nella compilazione dei moduli, fino alla compilazione dei pdf direttamente sui dispositivi Apple iPad e iPhone.

Durante la compilazione del modulo le date e tutti i dati ricorrenti vengono presentati come liste, in maniera da velocizzare il più possibile il completamento.

Il modulo può successivamente essere stampato direttamente dal dispositivo tramite una stampante AirPrint, oppure inviato tramite email utilizzando un account email dell'utente.

Qualora venga utilizzato un indirizzo email con certificazione PEC, la valenza del documento inviato è equivalente ad un documento cartaceo firmato fisicamente dal segnalatore, secondo i vigenti termini di legge.

### Consultazione Liste di Trasparenza e Rimborsabilità Aifa

La App accede direttamente alle liste ufficiali Aifa di trasparenza e rimborsabilità dei farmaci del Servizio sanitario nazionale, scaricandone una copia sul dispositivo, consultabile anche in assenza di rete. La consultazione della lista può avvenire sia per principio attivo che per nome del farmaco.

Il dispositivo, in condizioni di accessibilità di rete, controlla la disponibilità di una nuova lista sui server Aifa ad ogni utilizzo, così da garantire che la lista sia sempre la più aggiornata.



# Giovani Professionisti: un invito a far sentire la nostra voce

**L'Osservatorio Giovani Professionisti della Fnomceo ha lanciato un'Indagine conoscitiva per analizzare i percorsi formativi di accesso alla professione. Un'indagine utile per comprendere la situazione e le sue criticità, cui tutti possono partecipare compilando il questionario on line**

di Giulia Zonno\*

**V**i è un sentire comune da parte delle istituzioni rispetto ai giovani: in un'Italia che invecchia e cambia, restando sempre uguale a se stessa, è parere diffuso che i giovani costituiscano un interesse strategico. Finalmente si dichiara che noi Giovani dobbiamo aver spazio, nelle associazioni di categoria e negli Ordini Professionali per essere coinvolti in prima persona nel determinarsi del futuro, che è anche e soprattutto prospetticamente nostro.

L'indagine conoscitiva messa in atto dall'Osservatorio Giovani Fnomceo è pensata per far emergere difficoltà, preoccupazioni, aspettative a volte tradite dei giovani professionisti, perché diventare e fare il medico oggi è una strada tutta in salita.

La contrazione del numero di borse di specializzazione e di formazione specifica in medicina generale determina un imbuto formativo sempre più stretto, che aumenterà di anno in anno il numero dei medici precari in Italia.

In questo scenario si evidenzia il fenomeno delle borse di studio che fungono da ammortizzatore sociale per i giovani medici che non trovano lavoro. Svolgere più percorsi formativi uno di seguito all'altro, allunga la durata media del percorso formativo, determina un ingresso nel mondo del lavoro non prima dei 35 anni, spesso dopo i 40 anni, e concentra su un minor numero di medici le risorse disponibili per la formazione remunerata post laurea, aggiungendo di fatto precariato al precariato.

Solamente facendo chiarezza rispetto alle esigenze e ai bisogni di chi sosterrà il sistema per i prossimi quarant'anni, si riuscirà a trovare il modo per garantire la sostenibilità del Ssn.

L'assenza di tutele e l'incertezza per il proprio futuro influenzano necessariamente il modo di lavorare di un professionista, che non sapendo cosa farà domani e non sentendosi parte costitutiva del sistema sanitario, di fatto sarà meno motivato a investire emotivamente ed economicamente nella professione e tenderà a pensarsi come singolo, abbandonato in un ambiente difficile in cui sopravvivere. Per non abbattere la qualità del Servizio sanitario nazionale e per garantire uno standard di offerta assistenziale europea al



cittadino le aree di precarietà devono essere ridotte il più possibile.

Questa indagine vuole comprendere qual è il grado di occupazione e di precarietà nei professionisti che si sono laureati nell'ultimo decennio, le loro aspettative e il grado di soddisfazione rispetto al proprio lavoro; indaga l'attenzione dei professionisti rispetto a temi caldi, quali responsabilità civile professionale e previdenza; con alcune domande cerca inoltre di cogliere il grado di interesse e partecipazione dei giovani alla vita associativa professionale svolta in prima persona.

10.000 professionisti: è la prima indagine che raggiunge un numero così cospicuo di giovani medici ed odontoiatri. L'invito è quello di rispondere, ed è rivolto a tutti i professionisti laureati a partire dal 2003: maggiore diffusione e riscontro avrà l'indagine e maggiormente significativo sarà ciò che l'analisi statistica dei dati ottenuti rivelerà. Per farlo si può compilare il questionario on line, accedendo al sito della Federazione: [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it).

L'obiettivo che si vuole raggiungere, è di ottenere dati che analizzati ed elaborati permettano di indirizzare e creare le condizioni per effettuare una programmazione seria e concreta dei fabbisogni dei professionisti, per arginare il precariato e garantire la sostenibilità del Ssn.

*\*coordinatrice nazionale Fimmg Formazione e co-coordinatrice Osservatorio Giovani Professionisti Fnomceo*



*Fimmg Formazione al 68° Congresso nazionale Fimmg*

# La platea diventa protagonista

**Un workshop senza relazioni frontali, ma che prevede l'avvio di gruppi di lavoro tematici per approfondire il tema della tecnologia nella formazione in Medicina Generale. E un secondo appuntamento in sessione plenaria**

di Mirene Anna Lucini\*

**L'**implementazione tecnologica della professione medica con l'utilizzo della diagnostica di primo livello e l'introduzione di sistemi informatici di sanità elettronica, nonché la diffusione di strumenti di comunicazione di massa immediati e facilmente accessibili quali i social network, richiedono sovente l'acquisizione di particolari competenze, ed una possibilità dagli sviluppi interessanti può essere quella di inserire dei percorsi formativi dedicati nel contesto del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Il prossimo novembre Fimmg Formazione parteciperà al Congresso nazionale Fimmg con un suo workshop e con una sessione plenaria, dedicati proprio a questi temi.

Il workshop, in programma venerdì 8 novembre dalle ore 14.30 alle 16.30, ha per titolo La tecnologia e la Formazione in Medicina Generale.

I lavori, a differenza di quanto accaduto negli anni passati, si svolgeranno in modo del tutto originale. Infatti, non sono previste relazioni frontali, bensì, dopo l'introduzione degli argomenti principali da parte dei moderatori, si richiederà la partecipazione attiva della platea, che sarà suddivisa in gruppi di lavoro per analizzare le tematiche oggetto della sessione, e per discutere insieme sulle opinioni emerse dall'analisi eseguita da ciascun gruppo. Un nuovo modo di intendere i lavori congressuali, d'uso corrente in WONCA, che permetterà a tutti i partecipanti di poter contribuire attivamente alla discussione, esprimendo liberamente le proprie opinioni e confrontandosi con gli altri, in un momento di riflessione ed arricchimento tra platea, animatori e moderatori. Sabato 9 novembre, invece, dalle ore 11.30 alle 13.30, in sessione plenaria, verranno presentati dei progetti di implementazione tecnologica della Medicina Generale e della sua Formazione Specifica, mostrando cosa è possibile realizzare e cosa è già stato fatto per coniugare la

necessità di avvalersi di supporti tecnologici nell'esercizio della professione medica con i bisogni formativi del giovane medico di Medicina Generale.

La sfida di questa diversa modalità di svolgimento delle sessioni Fimmg Formazione è quella di coinvolgere ed avvicinare i partecipanti alle tematiche più attuali e delicate della Formazione Specifica, consentendo uno scambio dinamico ed immediato tra i vari attori del percorso di crescita del futuro mmg.

*\*componente del Comitato Scientifico 68° Congresso nazionale Fimmg*



# Sempre più difficile accedere al corso di formazione specifica in MG

di Saverio Cramarossa\* e Giuseppe Palladino\*

**S**i è tenuto il 17 Settembre di quest'anno, in contemporanea in tutte le regioni d'Italia, il concorso per l'accesso al Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Sono state 923 le borse messe a disposizione in totale su scala nazionale, con un decremento del 5,8 % rispetto alle 981 borse assegnate nell'anno 2012.

Nel presente studio sono state analizzate le 15 graduatorie regionali rese pubbliche alla data del 12 ottobre e, sulla base dei dati, abbiamo provato a tracciare il profilo del neo-formando, sulla base delle informazioni riguardanti i soli vincitori di concorso.

Nello specifico, poste sotto la lente d'ingrandimento sono state le graduatorie di Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria e Veneto, per un numero complessivo di nuovi corsisti pari a 722 unità.

## Il profilo dei neo-formandi

Le informazioni per ciascun professionista contenute nelle graduatorie analizzate sono:

- data di nascita (fanno eccezione Piemonte, Trento, Veneto);
- data di laurea;
- punteggio ottenuto nella prova scritta.

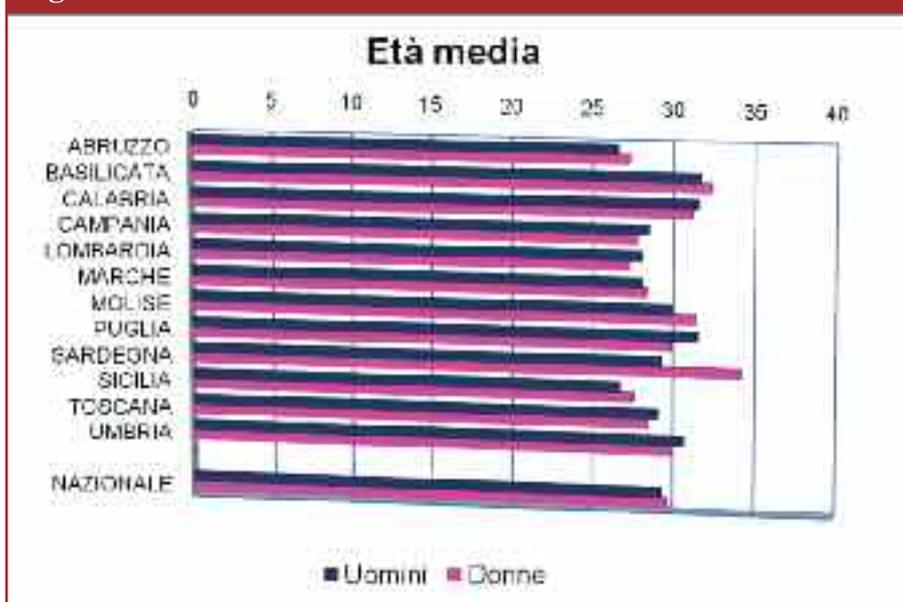
Gli indicatori rilevati per ciascuna delle Regioni sono rappresentati dal numero di uomini e dal numero di donne vincitori, dalla fascia di età in cui rientra il neo-formando (24-29 anni, 30-34 anni, 35-39 anni, 40anni ed oltre), dall'età media femminile e quella maschile, dal tempo trascorso dalla laurea (meno di 5 anni, da 5 a 9 anni, da 10 a 14 anni, da 15 a 19 anni, da 20 anni e oltre), dalla percentuale degli esclusi in ogni regione (cioè dei candidati non vincitori), dal possesso o meno di un titolo di specializzazione medica, dal punteggio massimo e quello minimo necessari per far parte dei vincitori e dal punteggio medio dei vincitori stessi. Età media e anzianità di laurea si sono considerate aggiornate al 17 settembre, data del concorso (figura 1 e figura 2). Si nota una prevalenza numerica dei medici donna, che

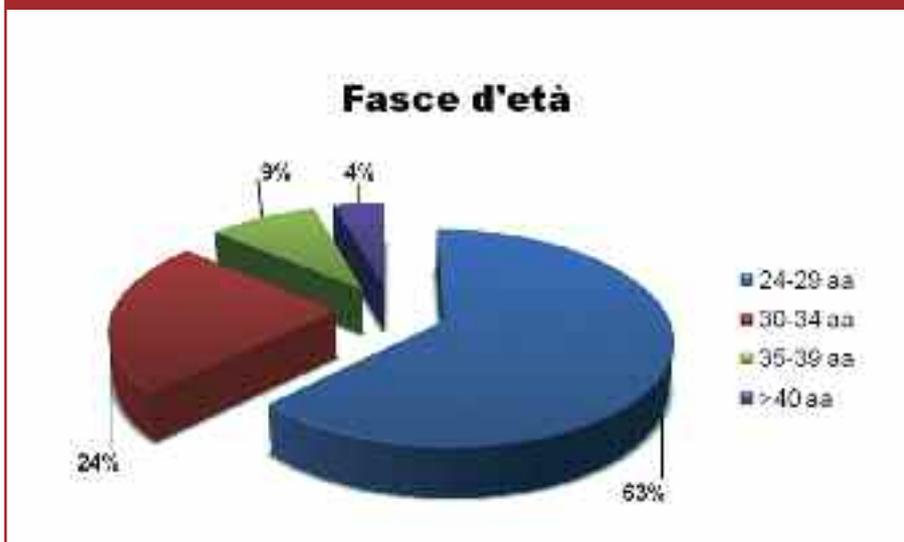
rappresentano il 59% del totale dei vincitori contro il 41% dei medici di sesso maschile. Tale divario diventa ancora più marcato in Piemonte, dove tra i futuri medici di famiglia le colleghe sono il 68,8%; mentre, in netta controtendenza rispetto al resto della nazione, troviamo la Provincia Autonoma di Trento (60% uomini vs 40% donne).

L'età media, calcolata sui candidati delle 12 regioni che riportano la data di nascita in graduatoria, tra i due generi è sovrapponibile, dal momento che il neo-formando maschio si attesta mediamente sui 29,4 anni di età contro i circa 29,8 anni medi delle donne.

Si trovano in Abruzzo le donne e gli uomini più giovani, rispettivamente con 27,4 e 26,7 anni di età media. Le vincitrici meno giovani si trovano invece in Sardegna, con una media di 34,3 anni, mentre i neo-formandi di sesso maschile più avanti con l'età si trovano in Basilicata, con 31,8 anni di

Figura 1 - Età media/uomini e donne



**Figura 2 - Distribuzione per fasce d'età****Figura 3 - Anzianità di laurea dei futuri MMG triennio formativo 2013-2016**

età media, in leggerissimo vantaggio sui colleghi calabresi (31,7 anni in media).

Considerando la distribuzione dei neo-formandi in fasce di età, è ancora l'Abruzzo la regione più "verde", con ben il 95% dei vincitori di età compresa tra 24 e 29 anni, ed il 5% tra i 30 e 34 anni. Molto diversi i risultati della Basilicata, in cui le fasce di età sono tutte statisticamente ben rappresentate, con il picco raggiunto dalla categoria dei medici tra 30-34 anni (44%). Su scala nazionale il divario tra fasce di età è evidente, con il 62,7% dei medici che non hanno ancora compiuto il 30mo anno di età, il 23,6% di età compresa fra 30 e 34 anni, il 9,3% fra 35 e 39 anni, e solo 4,4% con una età uguale o maggiore a 40 anni (figura 3).

La figura del neo-laureato domina numericamente in quasi tutte le Regioni (83,5% su scala nazionale), ad eccezione dell'Umbria, dove quasi il 30% dei vincitori ha conseguito il titolo in Medicina dai 5 ai 9 anni or sono. Fascia quest'ultima che, a livello nazionale, non supera il 13,5% del totale dei medici vincitori del concorso. Sempre considerando l'anzianità di laurea, le fasce dei laureati da 10-14 anni (2,8%), da 15-19 anni (0,4%) e da più di 20 anni (0,1%) sono le meno rappresentate, in una classifica che vede, in opposizione alla media nazionale, una rimarchevole presenza (13,6%) in Calabria dei laureati da 10-14 anni.

L'Abruzzo primeggia tra tutte le regioni italiane anche nelle percentuali di neo-laureati (cioè laureati da meno di 5 anni), che costituiscono il 95% dei vincitori regionali, lasciando al 5% i laureati da 5-9 anni. (vedi schema a pag.18).

### Titoli e punteggi

Per quanto concerne il punteggio medio totalizzato dai vincitori del concorso, su territorio italiano è pari a 76 punti di media su un massimo teorico di 100 punti (equivalente al numero di domande a quiz poste al candidato), i medici più preparati, forse perché facilitati dalla minor anzianità di laurea sono in Abruzzo (80,2 punti di media), mentre in Sardegna mediamente si sono ottenuti i punteggi più bassi (70,8 punti di media).

Tra i primi classificati di ogni regione, il punteggio più alto si è registrato in Piemonte (93), il più basso in Calabria (80), mentre il punteggio minimo per rientrare fra i vincitori di concorso si è registrato in Puglia (65). Sono stati invece necessari ben 76 punti in Sicilia per classificarsi al 50mo

ed ultimo posto disponibile per entrare a far parte del contingente dei prossimi formandi.

La media dei punteggi massimi a livello nazionale si attesta sugli 86,5 punti, mentre per divenire un corsista in formazione di MG è stato necessario conseguire un punteggio medio nazionale minimo di 71,7 punti (figura 4).

Il dato sulla percentuale dei vincitori che sono già in possesso di un titolo di specializzazione (5,5% su scala nazionale, con una punta del 18,2% in Calabria) è da ritenersi puramente indicativo e certamente sottostimato, in quanto non tutti i medici comunicano al proprio Ordine professionale di aver conseguito la Specializzazione. L'albo della Fnomceo, consultabile on line e uti-



lizzato per la ricerca non è garanzia della affidabilità del dato. Per questa ragione, in tale ambito, è da considerarsi più significativo il dato del numero di laureati da meno di 5 anni (81,6% su scala nazionale), che fornisce con assoluta certezza indicazioni sull'elevato numero dei medici vincitori che si apprestano ad intraprendere il corso triennale come primo percorso formativo post laurea.

Escludendo la Sicilia, la cui graduatoria pubblicata contiene solo i nominativi dei vincitori del concorso, nelle restanti 14 regioni prese in esame sono stati in totale 2.758 i candidati che hanno preso parte alla prova, concorrendo per un numero di 672 posti a disposizione (tabella 5).

### Comprendere i trend per programmare il futuro

Lo studio effettuato sulle graduatorie del concorso, non fornisce soltanto dati utili a definire il profilo dei nuovi corsisti e delle differenze regionali di accesso al corso di formazione specifica in MG, ma permette di avere conferma indiretta di alcuni trend che caratterizzano l'intera area della medicina negli ultimi anni.

Confermato è l'aumento della prevalenza di medici donna.

All'alta percentuale di laureati da meno di 5 anni, non corrisponde una percentuale altrettanto alta di laureati in fascia di età com-

presa fra i 24 e i 29 anni: ciò testimonia che il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, nel concreto, va oltre i 6 anni previsti, determinando un allungamento dei tempi necessari al raggiungimento dell'obiettivo della laurea e conseguentemente un ritardo nell'accesso alla professione.

### Schema esplicativo esame d'ingresso

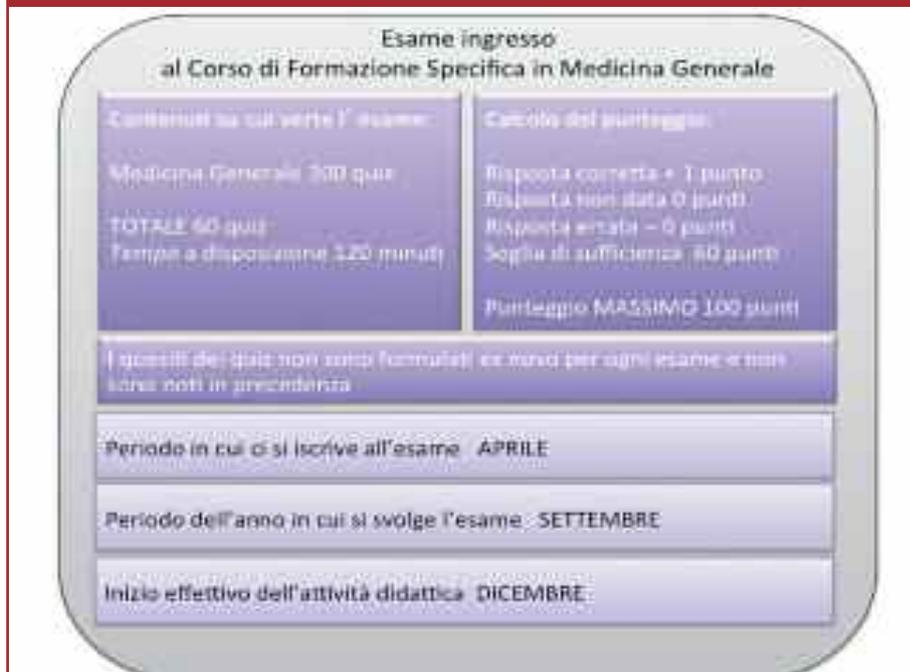


Figura 4 - Punteggio minimo e massimo per regioni



Infine, l'incremento del 21,6% del numero dei candidati rispetto al 2012, con relativo incremento (pari al 28,8%) del numero degli esclusi, è un dato che riconduce a riflessioni sulla urgente necessità di rivedere in maniera organica l'organizzazione dei percorsi formativi, la distribuzione delle risorse ad essi destinati e la programmazione dei fabbisogni del Sistema Sanitario rispetto ad esigenze regionali e dei diversi ambiti della medicina. Negli ultimi anni assistiamo a una progressiva diminuzione del

richiama l'interesse dei neolaureati.

Tuttavia per la MG è necessario programmare al più presto e al meglio, i singoli fabbisogni regionali futuri, i quali mediamente necessitano di un incremento del numero di borse erogate per sopperire alle carenze previste.

*\*Fimmg Formazione Puglia*

Figura 5 - Tabella riepilogativa su borse disponibili, partecipanti al concorso ed esclusi

REGIONI	BORSE 2013	BORSE 2012	PARTECIPANTI 2013	PARTECIPANTI 2012	ESCLUSI 2013 %	ESCLUSI 2012 %
ABRUZZO	20	20	132	92	82,1	78,3
BASILICATA	25	25	72	57	65,2	56,1
CALABRIA	22	22	170	203	87,1	89,2
CAMPANIA	80	80	333	263	76	69,6
LOMBARDIA	90	90	429	306	79	70,6
MARCHE	25	25	127	103	80,3	75,7
MOLISE	20	20	69	31	71	35,5
PIEMONTE	80	80	302	200	64,7	60,0
PUGLIA	120	100	278	286	56,8	65,0
SARDEGNA	25	25	70	65	64,2	61,5
TOSCANA	78	75	326	268	76	72,0
TRENTO	20	20	126	92	84,1	78,3
UMBRIA	27	27	111	127	75,7	78,7
VENETO	40	40	213	175	81,2	77,1
<b>Totale</b>	<b>672</b>	<b>649</b>	<b>2758</b>	<b>2268</b>	<b>75,6</b>	<b>71,4</b>

# Tutte le scelte previdenziali e assicurative per il mmg

di Franco Pagano\*

**L**a recente riforma delle pensioni ha imposto alle casse previdenziali private di attuare misure finalizzate a garantire l'equilibrio tra entrate contributive e spese per prestazioni pensionistiche, secondo bilanci tecnici riferiti ad un arco temporale di 50 anni e redatti utilizzando soltanto il saldo corrente.

In sintesi, i principali criteri di riordino introdotti dalla riforma sono:

- innalzamento graduale dell'età per la pensione di vecchiaia;
- innalzamento graduale dell'età per la pensione anticipata;
- graduale aumento dell'aliquota contributiva;
- riduzione dell'aliquota di rendimento;
- rispetto del pro rata;
- adozione del metodo di calcolo della pensione caratteristico dell'Enpam (contributivo indiretto a valorizzazione immediata);
- rivalutazione agganciata all'inflazione e non al Pil.

È chiaro a tutti che la riforma ha comportato e comporterà per tutti pensioni sempre più basse.

Nel pubblico, abbandonato il sistema retributivo che calcolava la pensione sull'ultimo stipendio e successivamente sulla media degli ultimi anni, la rendita pensionistica viene calcolata ora col metodo contributivo, sulla base del montante previdenziale (cioè il totale delle cifre versate) e con determinati parametri che tengono conto dell'aspettativa di vita all'età del pensionamento.

Questo vuol dire che le future pensioni del "SuperInps" non raggiungeranno il 50% del reddito medio!

A differenza del sistema pubblico, il meccanismo di calcolo delle pensioni utilizzato dall'Enpam non ha subito modifiche con la riforma; infatti la pensione continuerà ad essere calcolata con un sistema reddituale che tiene conto dei redditi percepiti durante tutto l'arco della vita lavorativa, garantendo così a parità di contribuzione un trattamento pensionistico più alto rispetto a quello erogato dal sistema pubblico. Ciò nonostante, anche le future pensioni dell'Enpam saranno più basse a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita, del ritardato ingresso nel mondo del lavoro e del mancato rinnovo delle convenzioni. Per percepire una pensione più alta non basterà avere un numero record di anni di contribuzione, bisognerà aver versato cifre adeguate; è necessario che vi sia corresponsività tra contributi versati e prestazione erogata. Le vecchie regole previdenziali pubbliche di una pensione equiparata all'ottanta per cento dell'ultimo stipendio non esistono più.

È necessario quindi pensare da subito a "tutele previdenziali" che garantiscano maggiore adeguatezza alle future prestazioni.

Per aumentare l'importo della propria futura pensione l'Enpam ha messo a disposizione un ventaglio di opzioni:

- riscatto degli anni di laurea, di specializzazione, del corso specifico in Medicina Generale e del servizio militare;

- riscatto di allineamento;
- ricongiunzione;
- aliquota modulare.

È bene sottolineare che i riscatti previsti dall'Enpam sono sempre più convenienti di quelli offerti dal "SuperInps": Mille euro versati all'Enpam danno diritto a una quota aggiuntiva superiore rispetto a quella garantita dal "SuperInps" e inoltre l'Enpam dichiara al momento dell'accettazione del riscatto quale sarà l'incremento economico di ogni mille euro versati; nel "SuperInps" invece bisognerà aspettare l'età della pensione per avere certezza della cifra aggiuntiva cui si avrà diritto.

Per riportare le rendite della previdenza obbligatoria ai livelli attuali, oltre alle diverse possibilità indicate sopra, il medico ha poi a disposizione un altro strumento di cui l'Enpam è stata fonte istitutiva, ovvero Fondo Sanità, il fondo di previdenza complementare riservato agli esercenti le attività sanitarie.

Tutti gli istituti di cui sopra, oltre ad aumentare l'assegno di pensione, godono del non trascurabile vantaggio fiscale di essere deducibili dal reddito.

Ma oltre agli aspetti previdenziali, per merito soprattutto della Fimmg, si è cercato nel tempo di istituire anche "coperture assicurative" volte a tutelare il medico di Medicina Generale in caso di malattia, malattia in gravidanza e/o infortunio.

Queste le principali "tutele assicurative" offerte al mmg, in parte attraverso convenzioni Fimmg:

- i primi trenta giorni di malattia (coperta dalle Assicurazioni Generali);
- inabilità temporanea a partire dal 31° giorno dalla data dell'infortunio o della malattia fino a un massimo di 24 mesi (coperta dall'Enpam);
- invalidità permanente da malattia (coperta dalle Assicurazioni Generali);
- invalidità permanente da infortunio (coperta dalle Assicurazioni Generali);
- morte da infortunio (coperta dalle Assicurazioni Generali).

Si è voluto così garantire il ristoro economico al medico che, a causa di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio, si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera e una indennità per invalidità permanente da malattia e/o infortunio e per morte da infortunio.

Le tutele previdenziali e assicurative per il mmg saranno argomento di relazione e approfondimento al workshop che si terrà venerdì 8 novembre, alle ore 16,30 nell'ambito del Congresso nazionale Fimmg a Roma.

\*responsabile Pr.Ass.Is. - Fimmg









*Il workshop di Fimmg Continuità Assistenziale al Congresso nazionale Fimmg*

# Come evolverà la continuità dell'assistenza con il Ruolo Unico?

a cura di Fimmg Continuità Assistenziale

**S**i aprirà alle 14.15 di mercoledì 6 novembre presso la sala Orange dell'Hotel Ergife, durante il Congresso nazionale Fimmg, il work-shop Dalla continuità assistenziale all'Out Of Hours e viceversa: quale Ruolo Unico?, organizzato dal Settore Continuità Assistenziale.

Il Convegno si aprirà con le esperienze di due esponenti della rete EurOOHnet: Rudiger Leutgeb, medico di famiglia e ricercatore del Department of General Practice and Health Services Research dell'Università di Heidelberg in Germania e Hilde Philips, medico di medicina generale del Department of Primary and Interdisciplinary Care dell'Università di Antwerp in Belgio, cui si aggiungerà John O'Malley, Direttore Sanitario di Mastercall Healthcare, una cooperativa formata da general practitioner OOH (Out Of Hours, "fuori orario") del Sistema sanitario nazionale inglese con sede a Stockport (Manchester) che presenteranno i diversi modelli europei di continuità dell'assistenza delle Cure Primarie.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale è un problema che, come l'Italia, molti paesi europei stanno affrontando con modalità molto diversificate talora anche all'interno di una singola nazione e indubbiamente le tre relazioni, che verranno tradotte in modalità simultanea, saranno ricche di spunti e stimoli che raccoglieremo per introdurre la

Tavola Rotonda successiva.

Il dibattito, moderato da Silvestro Scotti, vedrà protagonisti Giovanni Bissoni (Presidente Agenas), Luigi Marroni (Assessore alla Salute in Toscana), Enrico Desideri ed Ernesto Esposito (Direttori delle ASL di Arezzo e Napoli 1), e Giacomo Milillo. Di fronte alla cogente necessità di riorganizzazione della Medicina Generale in Italia, le cui fondamentali normative sono state stabilite dal cosiddetto Decreto Balduzzi e la cui concretizzazione dovrà essere affrontata nell'imminente revisione dell'ACN, il confronto dei nostri Ospiti si concentrerà sull'analisi dei diversi modelli per individuare le possibili evoluzioni organizzative che si determineranno in Italia nell'applicazione del Ruolo Unico. Cercheremo di comprendere anche il significato di alcune parole chiave che caratterizzano il modello attuale e quello futuro: come avverrà il passaggio dai diversi ruoli al ruolo unico, mantenendo, rinforzando e integrando le funzioni della medicina generale? È possibile passare da un servizio di Continuità Assistenziale a un modello di continuità dell'assistenza? Al termine del work shop forse avremo qualche risposta in più, ma sicuramente saremo in grado di arricchire il dibattito interno al nostro sindacato che si prepara a una epocale trattativa di innovazione e cambiamento. Non lasciamoci sfuggire questa occasione! Vi aspettiamo.

**6 Novembre 2013 – Ore 14,15**  
**Ergife Palace Hotel - Sala Orange (piano -1)**

## **Dalla continuità assistenziale all'Out Of Hours e viceversa. Quale ruolo unico?**

Ore 14.15 Registrazione dei partecipanti

Ore 14.30 Saluti ed apertura dei lavori. Tommasa Maio

### **Interventi programmati**

**Cosa sta accadendo in Europa? Il panorama europeo e le sue dinamiche.**

**Chairman: Alessandro Dabbene e Alberto Vaona**

Ore 14.45 *Le ragioni del Convegno.*

Alessandro Dabbene, Alberto Vaona

Ore 15.00 *I modelli di OOH in Europa. L'esperienza della Germania.*

Rudiger Leutgeb, MD, Department of General Practice and Health Services Research, University Hospital, Heidelberg, Germany

Ore 15.30 *Il ruolo unico nella realtà fiamminga.*

Hilde Philips General Practice, Department of Primary and Interdisciplinary Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp

Ore 16.00 *OOH in Inghilterra: libero professionista in libero mercato.*

John O'Malley MMG, Direttore sanitario Mastercall Healthcare Manchester

*Gli interventi dei relatori stranieri saranno tradotti in simultanea.*

Ore 16.30 Tavola rotonda

**Dalle risposte europee alle domande per l'Italia: dalla Continuità Assistenziale all'Out Of Hours e viceversa. Quale ruolo unico?**

**Chairman: Silvestro Scotti**

Giacomo Milillo, segretario nazionale generale Fimmg

Sono stati invitati:

Giovanni Bissoni, presidente Agenas

Enrico Desideri, direttore generale Usl 8 Arezzo

Ernesto Esposito, direttore generale Asl Napoli 1

Luigi Marroni, assessore al Diritto alla salute Regione Toscana

Ore 17.45 Chiusura dei lavori.

# L'Ecografia Generalista e non solo: la tecnologia in Medicina Generale

di Fabio Bono

In questi ultimi anni il Sistema Sanitario è andato incontro a profondi cambiamenti finalizzati ad un miglior uso delle risorse. Con l'avvento della crisi economica questi cambiamenti si sono resi ancora più necessari, e contestualmente più rapidi nel loro divenire, anche in considerazione di quanto i bilanci della sanità incidano su quello generale dello Stato.

È anche vero che la sanità italiana, seppur migliorabile, come tutte le cose umane, risulta essere una delle migliori a livello mondiale e come tale un bene comune irrinunciabile.

La legge Balduzzi ha introdotto importanti cambiamenti nel settore delle cure primarie, cambiamenti che le Regioni declineranno ed attueranno in funzione delle specifiche peculiarità dei vari sistemi.

Da anni è iniziata la trasformazione del settore ospedaliero con una forte diminuzione dei posti letto ed un importante aumento del livello tecnologico. Sempre più l'ospedale indirizzato alla cura delle acuzie e sempre più il territorio dedicato alla cura della cronicità.

A questi cambiamenti strutturali si è associata una maggiore attenzione alla appropriatezza della cura nei luoghi più adatti alla patologia da affrontare. Trattare una malattia nel luogo sbagliato per intensità di cura sottrae risorse al sistema, la mancanza di risorse porta ad una diminuzione dei servizi e ad un allungamento dei tempi d'attesa per la diagnosi ed in fine ad una diminuzione della qualità della cura.

Da molto sono passati i tempi dove con la frase "secondo scienza e coscienza" descrivevamo il comportamento nelle scelte terapeutiche nei confronti dei nostri pazienti. Ora la stessa frase deve coinvolgere anche l'atteggiamento che le nostre scelte hanno nei confronti di un bene comune,

sociale, quale la sanità, un bene che deve essere sostenibile e nel contempo fornire a tutti un servizio di qualità. In quest'ambito agiscono le indicazioni della legge Balduzzi che recepisce diverse indicazioni tra quelle proposte dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, nel 2007, nel documento "Rifondazione della Medicina Generale".

Da recenti indagini demoscopiche i cittadini credono e chiedono un sistema sanitario pubblico o al limite a partecipazione privata ma a controllo pubblico, allo stesso modo il medici di Medicina Generale ritengono che il sistema sanitario debba rimanere universalistico ma i due terzi di loro ritengono che così com'è il sistema non sarà economicamente sostenibile e per tale motivo la maggioranza di loro è disponibile a cambiamenti strutturali.

La nascita delle Associazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.) declinate spesso, nelle varie realtà regionali, con nomi differenti, ma con caratteristiche poco dissimili, sono il presupposto imprescindibile per riuscire a mantenere un sistema sanitario sostenibile, ma non sono sufficienti.



La Medicina Generale ha tra i suoi punti di forza la capillarità, la disponibilità, la visione olistica dell'uomo e soprattutto l'empatia che si sviluppa nell'ambito del rapporto fiduciario tra il cittadino ed il proprio medico di Medicina Generale, punti di forza che rimangono imprescindibili ma non sono più sufficienti.

L'ingresso di nuove figure professionali nei sistemi organizzati territoriali (infermieri laureati, assistenti sociali, ostetriche ecc.) darà un importante contributo alla gestione dei percorsi di cura della cronicità ma sarà inevitabilmente necessario spostare verso l'alto il ruolo clinico della Medicina Generale al fine di mantenere una leadership culturale.

Abbandonare ruoli che possono essere gestiti da altre figure mantenendo il controllo dei percorsi, migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed agire la governance devono essere obiettivi da perseguire in modo puntuale.

In altre parole, occorre trasformare le A.F.T. - U.C.C.P. da luoghi di sofisticato triage a luoghi di diagnosi di primo livello e di miglioramento della appropriatezza dei percorsi e della terapia.

Per fare ciò è necessario che la tecnologia entri in modo significativo nel mondo della Medicina Generale ed in questo concorra a dare, direttamente al primo livello di intervento, risposte esaustive alle domande di salute dei cittadini.

Qualora la definizione del problema sanitario non fosse possibile direttamente al primo livello di cura i supporti tecnologici possono partecipare a migliorare in modo importante l'appropriatezza dell'uso dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Un sistema sanitario che prevede una assistenza sulle 24 ore in capo alla Medicina Generale ed alla Continuità Assistenziale non poteva non prevedere all'articolo 1 della legge n. 158 del 13 settembre 2012 (Legge Balduzzi) la presenza di "Strumentazione di Base" nelle Unità Territoriali rendendosi conto, assieme ad altri strumenti non tecnologici per la gestione della domanda, dell'importanza della tecnologia per migliorare l'appropriatezza.

In un sistema che parzialmente grava economicamente sui cittadini (ticket) è pensabile che alcune prestazioni, che comunque migliorano l'appropriatezza del sistema ed i servizi resi agli utenti, vengano fornite gratuitamente ad alcune fasce di utenza più deboli sotto forma di prestazioni di particolare impegno professionale (P.P.I.P.) ed offerte a costi concordati, in regime libero professionale, a coloro che sono compresi in fasce di reddito elevate, fornendo un prodotto integrato nella medicina generale che risulta comunque, per tempi e completezza, vantaggioso per l'utenza ed il sistema.

In altre parole una visione della libera professione sussidiaria alla missione della Medicina Generale.

L'evoluzione della Medicina Generale verso una forma più spinta di associazionismo è il presupposto per un uso ottimale della tecnologia ma anche per una gestione manageriale delle risorse ed una ottimizzazione degli investimenti professionali.

Agire la professione in modo integrato con altri professionisti non significa perdere il rapporto fiduciario medico-paziente né la visione olistica e l'empatia verso i nostri pazienti ma semplicemente traghettarla in un nuovo contenitore più adeguato ai bisogni attuali.

La nostra categoria ha una età media abbastanza elevata ma contestualmente il cambiamento delle regole ha allontanato il limite d'accesso alla pensione per cui molti di noi dovranno rivalutare il loro futuro professionale.

Potremo decidere di trascorrere i prossimi anni arroccati sui modelli passati e difendere rendite di posizione oramai inadeguate all'evoluzione del mondo o investire nella acquisizione di nuove competenze e di nuovi stimoli professionali che possono essere, in alcuni casi, anche una cura al burn out professionale.

Per altri versi l'investimento nella formazione all'uso della tecnologia è fondamentale anche per i più giovani colleghi della Formazione Specifica, e non solo, che si rendono perfettamente conto come la minore esperienza renda ancora più difficili le scelte diagnostiche senza strumentazioni adeguate.

Ancora una volta come Società Scientifica pensiamo che sia fondamentale, come liberi professionisti ed in particolare in questo momento storico, l'aggiornamento indirizzato ad apprendere nuove e diverse competenze professionali che ci consentano di continuare ad essere il riferimento sul territorio per i cittadini e per il Sistema Sanitario.

Le attrezzature tecnologiche che possono essere presenti nei nostri studi si possono suddividere in due grossi insiemi, da una parte quelle che riguardano l'Information and Communication Technology (ICT) dall'altra quello delle attrezzature elettromedicali, la prima vera e propria rete neurale atta alla trasmissione dei dati necessari a prendere decisioni le seconde a produrre i dati stessi.

È di tutta evidenza che disporre di attrezzature che producono direttamente informazioni sullo stato di salute del paziente possono orientare le ipotesi diagnostiche verso un determinato iter di indagini o portare direttamente alla diagnosi stessa con significativo aumento della appropriatezza.

Diverse possono essere le apparecchiature utili in uno studio di Medicina Generale che possono avere un ruolo importante nella cura dei pazienti, ma nessuna è in grado di incidere in modo così ampio come l'ecografia sulle scelte diagnostiche di un medico e di conseguenza poche metodiche possono migliorare così potentemente l'appropriatezza ed il conseguente uso delle risorse.

Fornire al medico una nuova semeiotica, quella ecografica, che, associata al ragionamento clinico, è in grado di aumentare terribilmente il livello delle prestazioni professionali, aumentare la capacità diagnostica alla base della filiera produttiva del Ssn, ovvero nello studio del medico di Medicina Generale, significa incidere su tutto il sistema.

Da anni ci impegniamo nella formazione in campo ecografico sia come Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (Siemg) che come Scuola Nazionale Fimmg nella certezza che sia possibile per tutti imparare ad utilizzare l'ecografia a condizione che la si insegni con metodo e semplicità, e nella convinzione che possa concorrere a cambiare la Medicina Generale e contribuire al mantenimento della leadership della medesima nell'ambito della medicina territoriale.

Anche quest'anno, con questo spirito, affronteremo il Congresso nazionale Siemg, che si svolgerà durante il Congresso nazionale della Fimmg, per dare a chi lo vorrà l'opportunità di avvicinarsi all'ecografia.

# Il Progetto nazionale Fimmg sulla Defibrillazione precoce nel territorio

di Isabella Bartoli\*  
e Domenico Grimaldi\*\*

**In caso di arresto cardiaco, l'intervento tempestivo è fondamentale per poter salvare una vita. Per questo occorre sviluppare una consapevolezza di tutti, a cominciare dai medici di Medicina Generale, e costruire una vera rete territoriale di defibrillatori**

**L'**emergenza, grande sfida della sanità internazionale, è un evento di straordinaria drammaticità, capace di generare fra le persone presenti forti reazioni emotive. Può verificarsi in ogni tempo e luogo, improvvisamente, durante il lavoro, per strada, in studio, a scuola, durante lo sport, ovunque vi siano persone, luogo pubblico o privato

che sia. Quando avviene si rende necessario comunque, in attesa di soccorsi organizzati che devono subito essere chiamati, un intervento a supporto delle funzioni vitali, per contribuire in maniera determinante, a salvare una vita.

L'agire, in corso di emergenza, determina di sicuro tensioni cui non possiamo, tuttavia, sottrarci quando presenti, per il ruolo pro-



fessionale e sociale rivestito. Ciascuno di noi deve essere pronto ad intervenire, in particolare nel caso di morte cardiaca improvvisa, prima causa di morte inaspettata dei paesi industrializzati. Per fronteggiare questo drammatico evento si deve radicalmente cambiare la cultura dell'emergenza, che in questo ambito di intervento deve lasciare lo specialista per divenire patrimonio culturale comune.

Parliamo di una epidemia silenziosa, che causa nel nostro paese circa settantatre mila morti ogni anno, evidenti solo quando milioni di persone vi assistono, in diretta, per esempio nel corso di una attività sportiva. Il più grande maestro dell'emergenza, Peter Safar, con semplicità, ci ha insegnato in merito che basta una chiamata rapida al servizio di emergenza e due mani che sappiano fare un massaggio cardiaco, utilizzando un semplice strumento "che parla dicendo cosa fare" per salvare una vita, in attesa del soccorso organizzato.

Nell'85 per cento dei casi di morte cardiaca improvvisa, le cause dell'arresto cardiaco, di tipo aritmico, sono due: la fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare senza polso. In queste due condizioni l'unica soluzione è la defibrillazione precoce, momento fondamentale del soccorso, da praticare il più presto possibile, entro quattro minuti dall'arresto, in quanto ogni minuto in più che trascorre determina una riduzione del dieci per cento della possibilità di ripresa del cuore. Fondamentale riconoscere una

morte cardiaca improvvisa, allertare il sistema di emergenza, iniziare subito, il più presto possibile il massaggio cardiaco, effettuando, ove in presenza dello strumento, la defibrillazione precoce, in attesa dell'arrivo dell'ambulanza. Il supporto delle funzioni vitali immediato e l'uso del defibrillatore semiautomatico, sono l'unica garanzia di consegnare ai professionisti dell'emergenza, intervenuti in un secondo tempo, il maggior numero di persone, non solo in vita, ma anche con qualità di vita futura, perché cerebralmente sani.

L'uso dello strumento semiautomatico unitamente al supporto delle funzioni vitali nel territorio, rappresenta una sfida per tutti alla quale non possiamo, come professionisti, sottrarci. Lo strumento è semplice e di facile uso senza considerare che in caso di arresto cardiaco improvviso e drammatico, rappresenta spesso lo starter per una ripresa di un'attività cardiaca indispensabile alla vita. Per salvare una vita basta essere consapevoli della necessità di avere a portata di mano un defibrillatore, così come avviene in molti paesi europei, dislocati nel territorio, con molti soggetti formati all'uso in caso di emergenza.

Partecipare alla diffusione della cultura dell'emergenza è fondamentale per professionisti del territorio, capillarmente distribuiti in tutto l'ambito nazionale, anche per la semplice considerazione che rappresenta l'unica possibilità di costruire una vera rete di soccorso efficace, integrata al sistema di emergenza sanitaria. Si tratta di una vera tragedia, quella delle morti improvvise cardiache, per cui ciascuno deve fare la propria parte, responsabilizzandosi e sensibilizzando quanta più gente possibile. Occorre partecipare, forzando la decisione della classe politica, che non ha voluto investire sulla cultura dell'emergenza, investendo nel territorio le risorse necessarie alla costituzione della rete. La soluzione semplice è a portata di mano, tuttavia non è differibile la sensibilizzazione e formazione in tal senso per tutti gli operatori sanitari, studenti universitari e semplici cittadini, solo a volerla realizzare. Tanti cuori potranno continuare a battere solo se lo vogliamo, tutti insieme.

Il progetto di defibrillazione precoce nel territorio e di formazione al supporto delle funzioni vitali, voluto fortemente da Giacomo Milillo e dalla segreteria nazionale della Fimmg, col supporto di Metis, ha registrato grande consenso, tanto che è stato sinergicamente condiviso dalla Regione Siciliana e dalla Società Italiana Sistema 118. Coordinatore nazionale del progetto è Isabella Bartoli, anestesista rianimatore, direttore della Centrale Operativa 118 di Catania, Ragusa, Siracusa (Regione Siciliana).

Il Sis 118, col neo presidente Bermano ed il past president Clemente Fedele, hanno delegato Domenico Grimaldi, responsabile della formazione Sis 118, per collaborare alla realizzazione del progetto.

*\* direttore C.O.sues 118 CT,Sr,Rg, coordinatore nazionale progetto Fimmg per la defibrillazione precoce nel territorio*

*\*\* segretario prov. Fimmg Catania, vicesegretario reg. Fimmg Sicilia, prof. a contratto di Economia ed organizzazione sanitaria e di medicina di famiglia Università di Catania*



# Il diabete e le sue complicanze: il piede diabetico

di Stefano Attilio Nobili\*

## *La storia remota*

Il paziente ha 77 anni, è affetto da diabete insulino-dipendente dai 22 anni dopo influenza asiatica, retinopatia e gangrena al piede sinistro sottoposto ad amputazione parziale, dovuta a complicanze infettive da trauma lavorativo (il paziente svolgeva l'attività di tornitore e una scheggia metallica si era conficcata nell'avampiede sinistro) e conseguente toeletta chirurgica con innesto cutaneo. A 48 anni era sopravvenuta una cataratta bioculare complicata da cecità all'occhio destro e gravissimo ipovisus all'occhio sinistro. Dal punto di vista cardiovascolare il paziente era stato ricoverato a 64 anni per sindrome coronarica acuta e sottoposto a bypass aortocoronarico. L'anno successivo si era verificato un episodio di scompenso cardiaco e due anni dopo un ictus ischemico occipitale con ulteriore peggioramento dell'ipovi-

sus residuo. Un anno dopo il paziente era stato operato per frattura peritrocanterica femorale sinistra, senza complicanze post intervento.

Da ultimo, a 76 anni, il paziente era stato nuovamente ricoverato, questa volta per scompenso glicemico, polmonite sinistra e osteomielite tibio-astragalica e malleolare destra con ulcera sovra-malleolare esterna destra infetta sostenuta da *Stafilococco Aureo*, *Proteus* e *Morganella*, trattato con Imipenem e Vancomicina e infusione di iloprost con conseguente miglioramento della lesione ulcerativa e remissione dell'infezione. Veniva messo in terapia con pantoprazolo 20mg x2, furosemide 25mg, bisoprololo 1.25mg, ramipril 2.5mg, nitroglicerina TTS 10mg, insulina glargine 12U e lispro 4+4+4U, oltre a medicazioni con colagenasi-cloramfenicolo.



## La storia prossima

Il paziente, seguito dall'ultimo ricovero di un anno prima dal suo medico di famiglia in assistenza domiciliare integrata (visite settimanali con supporto infermieristico per il controllo del quadro glicemico e del piede diabetico), era tornato al proprio domicilio dopo aver trascorso il mese di luglio in vacanza nella sua casa di collina. Una mattina la moglie chiama il medico curante perché il marito presenta iperpiressia, astenia e dolore al piede destro. La visita domiciliare evidenziava uno stato confusionale, ipotensione (90-60mmHg), PO<sub>2</sub> 97%, glicemia al DTX di 350mg/dl, astenia, pallore, dolore al piede destro con ulcera malleolare esterna, edema e infiammazione locale. Temperatura 38.5 dopo somministrazione di paracetamolo 500mg due ore prima. Si proponeva ricovero ospedaliero.

**All'ingresso in PS**, il quadro era sovrapponibile a quello riscontrato a domicilio; inoltre l'ECG mostrava una mancata progressione dell'onda R da V1 a V5, ST stirato in sede laterale con T negative bifasiche (quadro comunque sovrapponibile a un ECG di sei mesi prima), troponina neg. Gli esami ematochimici urgenti evidenziavano creatinina 2.21mg/dl, azotemia 127mg/dl, Na 127mEq/l, K 6.9mEq/l, GB 15300/mmc, glicemia 303mg/dl, VES 85, PCR 3. Rx Torace: non addensamenti pleuroparenchimali, ectasia e calcificazioni dell'arco aortico.

**In reparto** il paziente veniva idratato con fisiologica, calcio gluconato, glucosata al 5% e insulina pronta 12U. I valori di creatinina scendevano nelle 24 ore successive a 0.9mg/dl e l'azotemia a 39mg/dl. Si sospendeva furosemide e si dimezzava ramipril 2.5mg con valori pressori che risalivano nei 20 giorni di degenza a 110-70, mantenendosi stabili per tutto il ricovero. Il quadro infiammatorio veniva approfondito mediante tampone dell'ulcera malleolare che evidenziava positività per *Pseudomonas Aeruginosa*. L'ulcera era nel frattempo trattata localmente con collagenasi-cloramfenicolo con miglioramento del quadro obiettivo e diminuzione degli indici infiammatori per cui si era soprasseduto al trattamento antibiotico sistemico. Gli indici infiammatori si erano quasi totalmente normalizzati alla dimissione e il tampone cutaneo risultava negativo alla dimissione. I valori glicemici si mantenevano in limiti accettabili. Il paziente veniva dimesso con pantoprazolo 20mg x2, bisoprololo 1.25mg, paracetamolo 500mg AB, ramipril 2.5mg mezza cp, ASA 100mg, Nitroglicerina cerotto TTS10, insulina glargine 8U la sera e lispro 6+6+6U ai pasti e cefixima 400mg per 10gg, oltre a medicazioni dell'ulcera malleolare con collagenasi-cloramfenicolo, garze grasse e fisiologica. Si suggeriva la continuazione delle medicazioni al domicilio attraverso la già prevista assistenza domiciliare integrata.

## Commento

Il piede diabetico è la complicanza più rilevante per peso sociale ed economico della malattia diabetica; causa lunghi periodi di cure ambulatoriali con prolungati e ripetuti ricoveri ospedalieri per trattamento chirurgico e medico (v. Quaderno della salute 2011).



Il costo unitario del management del piede diabetico è di 4.732 euro per il trattamento senza amputazione e di 31.802 euro per il trattamento con amputazione. In Italia il 60% delle amputazioni di piede è dovuta al diabete. In Europa, il costo del trattamento di un paziente con piede diabetico senza amputazione è di 7.000 euro, con amputazione di 25.000 euro.

Secondo le Linee Guida 2010 della SIAPAV (Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare), "la sorveglianza generale della popolazione diabetica spetta al mmg attraverso il controllo periodico della presenza e/o riduzione dei polsi arteriosi periferici e dei soffi vascolari, della capacità deambulatoria e dello stato trofico della cute con la misurazione dell'ABI".

Per la valutazione dell'ulcera diabetica sono state proposte alcune classificazioni come quella di Wagner del 1981 o quella del Texas Wound Classification System del 1996 che nella stadiazione enfatizza particolarmente l'infezione, l'ischemia e richiede un'approfondita valutazione delle strutture anatomiche coinvolte. Sempre secondo le linee guida SIAPAV del 2010, "indipendentemente dalla classificazione adottata e, per certi versi, indipendentemente anche dalla condizione di diabete mellito, la corretta stadiazione di un'ulcera cutanea non può prescindere da un preciso e dettagliato esame clinico. Al fine di evitare di dimenticare alcuni particolari si suggerisce di seguire lo schema PEDIS (perfusione, estensione, profondità (depth), infezione, sensibilità) (da Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, pag 57-58, n.2 aprile 2010)".

In ambito pratico, il mmg, oltre all'osservanza delle linee guida SIAPAV sopra descritte, deve fornire un counselling semplice al paziente che riguarda la cura del piede (tra l'altro porre l'accento a non ferirsi quando si esegue la pedicure, oppure utilizzare calzature comode e non strette, o ancora avvertire il medico in caso di arrossamenti, vescicole o ulcere del piede, sconsigliare il cammino a piedi nudi per il pericolo di ferite, ecc); il MMG deve controllare periodicamente il piede del diabetico con un esame obiettivo ed eventualmente utilizzare il test del monofilamento che fornisce in brevissimo tempo un dato sulla sensibilità superficiale. In caso di segni o sintomi vasculo-neuropatici, occorre intraprendere gli specifici approfondimenti diagnostici o affidare la valutazione di secondo livello a un centro specializzato nel piede diabetico.

*\*mmg, professore a contratto in Medicina Generale, Università di Milano.*



# Costruire un percorso scientificamente validato per la gestione del *paziente reale*

Al Congresso Fimmg di Roma, Simpesv partecipa organizzando una tavola rotonda per definire un Documento di Consenso sul trattamento dei pazienti con polipatologie croniche

di Walter Marrocco\*

**I**l paziente reale si presenta frequentemente come un paziente a vario livello di complessità, spesso con un quadro di polipatologia, fragilità e cronicità. Evitando di rincorrere una precisa definizione, potremmo però affermare che il “paziente complesso” è l’opposto complementare del “paziente semplice”; e questo la dice lunga sul contesto in cui si trova ad operare il medico di famiglia, contesto orientato più ad affrontare i problemi del secondo tipo di paziente, cioè prevalentemente l’acuto o il “mono” patologico, per il quale sono state costruite non solo strumenti e percorsi diagnostico terapeutici, basti pensare alle LLGG che generalmente si occupano singole patologie, ma anche strumenti di valutazione di processo e esiti in sanità.

La MG, consapevole che proprio nell’approccio al paziente complesso realizza principalmente il suo ruolo, sta dibattendo da tempo queste tematiche, evidenziando come le maggiori difficoltà si incontrino nel prevedere l’esito della gestione di questo tipo di paziente proprio perché caratterizzato da comorbidità e/o fragilità e/o cronicità.

Questo paziente, spesso considerato “fragile”, richiede una gestione particolarmente difficoltosa, non solo per le intrinseche condizioni cliniche, ma anche per la compresenza, nella cura delle numerose patologie di cui il paziente è affetto, di altrettanti medici specialisti di riferimento e per la necessità di effettuare politerapie farma-

cologiche. Inoltre, spesso il paziente complesso, specie se molto anziano, presenta una riduzione dell’autonomia, aspetto che pone non pochi problemi anche dal punto di vista socio-assistenziale.

Da qui, la tendenza, negli ultimi tempi, verso un modello di gestione che responsabilizzi e coinvolga maggiormente il medico di Medicina Generale, il quale, secondo autorevoli intenzioni (troppo spesso solo enunciate), si veda da ultimo il PSN 2011-2013, dovrebbe diventare fulcro vero nella promozione, nell’organizzazione e nel coordinamento delle cure del paziente in generale e quindi anche del paziente complesso.

Ora però il mmg si trova a confrontarsi con le esigenze e le caratteristiche del Paziente reale, che non è adeguatamente inserito nei trials i cui risultati sono alla base dell’EBM e della medicina delle decisioni basate sulla statistica, ma poco sulle esigenze specifiche del singolo paziente. Pertanto il mmg deve gestire il necessario percorso di personalizzazione del trattamento diagnostico terapeutico con uno scarso supporto da parte della Ricerca per il noto problema inerente la scarsa trasferibilità dei risultati dei trials clinici sui farmaci, dovuta ad una differenza sostanziale nella finalità sottesa alla ricerca, da un lato, e alla pratica clinica dall’altro.

Conseguentemente il mmg mentre da un lato si trova ad affrontare un paziente complesso con le caratteristiche della cronicità, non potendo godere di un adeguato supporto della Ricerca, dall’altro para-

## SIMPESV

Società Italiana di Medicina  
di Prevenzione e degli Stili di Vita

dossalmente viene giudicato nel suo operato con modalità e strumenti che fanno più parte dell'acuzie.

Il nostro obiettivo è quello di sostenere il mmg nella parte di percorso di cura che, dopo aver fatto riferimento alle LLGG e all'EBM, passa necessariamente alla individualizzazione del trattamento sia diagnostico che terapeutico. Questo progetto prevede l'utilizzo di un sistema di valutazione multidimensionale validato che individui e dise-

gni il profilo di varie problematiche, quella: metabolica, osteoarticolare, cardiovascolare, quella dei deficit cognitivi, etc., divenendo così il punto di partenza integrato per le scelte più appropriate ed anche misurabili attraverso una batteria di indicatori condivisi. Abbiamo quindi progettato un percorso con "tappe di avvicinamento", che si sono realizzate in un Corso residenziale di due giorni in aprile, un Convegno nazionale in giugno, ed ora una Tavola Rotonda nell'ambito

del Congresso nazionale Fimmg il 6 novembre 2013 dal titolo "Documento di Consenso: quale stile di vita nelle polipatologie croniche", dove intendiamo confrontarci con il mondo scientifico, politico-amministrativo, la società reale (cittadini), e tutti gli interlocutori interessati a migliorare la presa in cura del "paziente reale".

*\* Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli stili di vita*

## La Simpesv al 68° Congresso Fimmg-Metis

Oltre che con la tavola rotonda dedicata al Documento di Consensus sui pazienti con polipatologie, la Simpesv è presente al Congresso con un corso base, articolato in diversi incontri tra il 4 e il 7 novembre, e sei moduli di approfondimento che affronteranno temi specifici. Il programma completo, che indica orari e relatori, è disponibile sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)

### Corso base

#### Il mmg nell'alimentazione e nelle patologie correlate

4 novembre 2013

#### Costituenti Alimentari Nutrienti Alimenti

5 novembre 2013

#### Esigenze nutrizionali ed Energetiche

6 novembre 2013

#### Alimentazione, errori alimentari e patologie Comportamento alimentare

7 novembre 2013

#### Strumenti gestionali in MG

### Moduli di approfondimento

4-5 novembre 2013

#### Alimentazione e counseling

6 novembre 2013

#### Interazione tra farmaci-nutrienti

7-8 novembre 2013

#### Aspetti salutistici delle spezie e delle erbe aromatiche

8 novembre 2013

#### La malnutrizione nell'anziano e l'alimentazione

8 novembre 2013

#### Modelli dietetici: tradizione e nuove tendenze

8 novembre 2013

#### La dieta on line: uno strumento per il mmg per la promozione di sani stili di vita

**am**

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 Millilo  
**Direttore Responsabile**  
Michele Olivetti  
**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma  
Tel 06.594461 Fax 06.59446228  
e.mail: [avveniremedico@hcom.it](mailto:avveniremedico@hcom.it)  
**Coordinatore editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Isabella, Bartoli, Fabio Bono,  
Saverio Cramarossa,  
Lucia Conti, Fiorenzo Corti,  
Domenico Grimaldi,  
Mirene Anna Luciani,  
Ester Maragò,  
Walter Marrocco,  
Stefano A. Nobili,  
Franco Pagano,  
Giuseppe Palladino,  
Giovanni Rodriguez,  
Giulia Zonno

**Ufficio grafico**  
Barbara Rizzuti  
Daniele Lucia

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare  
nel mese di ottobre 2013

Registrazione  
al Tribunale di Bologna  
n. 7381 del 19/11/2003  
Costo a copia 2,50 €

Editore



**Edizioni Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario



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

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010  
Tiratura media: 41.264  
Diffusione media: 40.749  
Certificato CSST n.2010-2105 del 28/02/2011  
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C.Sas



