



am

AVVENIRE MEDICO

**66° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG-METIS, VILLASIMIUS 3-8 OTTOBRE 2011
IL PROGRAMMA, I TEMI DI AGGIORNAMENTO E DI DISCUSSIONE**

ATTUALITÀ Con Confidi anche i medici di famiglia potranno ottenere un credito agevolato / 13

FARMACI Come cambia la Nota 13 per i farmaci ipolipemizzanti / 33



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

8-11

N. 8 - 2011

MENSILE XLIX ANNO

EDITORIALE

La medicina generale nel terzo millennio



Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

La situazione di crisi, non solo economica, continua ad aggravarsi e si moltiplicano le incognite che il futuro ci presenta sia a breve che a medio termine.

È certo ormai, ed è confermato dai più qualificati analisti, che non ci troviamo di fronte ad una congiuntura ma ad un cambio epocale, di portata molto superiore a quella, pur importante, determinata dalla caduta del muro di Berlino.

In questo momento lo strapotere del mercato e della finanza condiziona a livello mondiale equilibri, politica e cultura: è questo un segnale di forza o di decadenza?

Non abbiamo la sfera di cristallo e forse oggi le previsioni, anche quelle dei guru più accreditati, sono sostanzialmente numeri giocati al Lotto.

Nelle situazioni di crisi però, è ormai chiaro a tutti, si offrono anche le opportunità per i cambiamenti e si misura la capacità dei soggetti e delle parti sociali di imboccare vie nuove, che possono essere sia di progresso che di involuzione, fino anche alla estinzione. Piccola consolazione per Fimmg è di esser stata fra i primi, nel mondo medico, ad aver colto la necessità assoluta di un

cambiamento. Abbiamo cominciato a ragionarci dal 2006, abbiamo convinto la maggior parte della categoria, non sempre senza difficoltà.

Il titolo del nostro Congresso, La medicina generale nel terzo millennio, intende proprio testimoniare la fiducia in un futuro di progresso per la medicina generale, traguardo che non potrà essere raggiunto senza sacrifici, ma che potrà assicurare ai colleghi attivi una maggiore soddisfazione professionale e ai pensionati la giusta e meritata pensione.

Le opportunità per una forte rivalutazione delle cure primarie e della medicina generale nei prossimi anni ci sono tutte. Sta a noi individuare gli strumenti e i percorsi innovativi da promuovere e sostenere per offrire ciò che realmente serve ed è apprezzato.

La resistenza al cambiamento, la difesa rigida delle posizioni del passato costano più di quanto possano produrre.

I più vecchi offrano alla categoria il valore delle proprie esperienze passate, aprendo ai giovani, i quali, con le proprie energie, le proprie capacità e la propria creatività hanno le ragioni e la forza per aprire spazi reali di crescita per il futuro. Sarà utile a tutti.

66° Congresso nazionale Fimmg - Metis

"La medicina generale nel terzo millennio"

LUNEDÌ 3 ottobre 2011

9.00
Apertura del congresso
Giacomo Milillo

9.15
Saluto delle autorità

9.30
Presentazione e aspetti organizzativi del Congresso
Malek Mediaty

9.45
Di che cosa parliamo in questo Congresso
Donatella Alesso

10.00 - 12.00
**PRIMA SESSIONE
SCENARI FUTURI**

10.00 - 10.25
Evoluzione e variabilità della popolazione in Italia
Carla Collicelli

10.25 - 10.50
L'assistenza sanitaria in relazione alle future dinamiche economiche
Federico Spandonaro

10.50 - 11.15
Il medico di famiglia: ritratto al futuro
Tommasa Maio

11.15 - 11.40
Nuove strategie e organizzazioni per la tutela della salute
Paolo Misericordia

11.40 - 12.05
Le prospettive fondamentali della Medicina Generale
Gallieno Marri

12.05 - 13.00
Il futuro visto dagli occhi dei giovani medici
Introducono: *Stefano Zingoni, Silvestro Scotti*
Intervengono: *Floriana Bandera, Jacopo Cepparo*
13.00 - 13.30
Discussione

**WORKSHOP
LUNEDÌ 3 ottobre 2011**

14.30 - 16.30
L'educazione terapeutica e l'aderenza alla terapia: considerazioni sulla gestione della terapia nel rischio cardiovascolare

*Furio Colivicchi
Aldo Maldonato*

14.30 - 16.30
La gestione del conflitto nella responsabilità sanitaria
*Amedeo Bianco
Marco Guicciardi
Beatrice Lomaglio*
Con il contributo non condizionante di Assomedico

16.30 - 18.30 WORKSHOP
Paziente a rischio cardiovascolare e ruolo del MMG
*Donatella Alesso
Giovanni Di Minno
Claudio Ferri
Claudio Rapezzi*

Con il contributo non condizionante di Sanofi Aventis

16.30 - 18.30
Per non essere generici quando si parla di aspetti medico legali
*Carlo Gargiulo
Paola Ferrari
Francesco Scaglione
Luigi Sparano
Adriano Tagliabracci*

Con il contributo non condizionante di Pfizer

MARTEDÌ 4 ottobre 2011

9.00 - 11.30
**SECONDA SESSIONE
MEDICINA GENERALE:
L'EVOLUZIONE DELL'ATTIVITA'**

9.00 - 9.40
Governare cronicità, fragilità, complessità
*Lorenza Bacchini, Stefano Ivis,
Vincenzo Landro*

9.40 - 10.00
Migliorare l'assistenza al paziente diabetico nella struttura del Servizio Sanitario negli USA: una esperienza della Mayo Clinic

10.00 - 10.45
Il futuro dell'organizzazione dell'assistenza
Introducono: *Donatella Alesso, Francesco Losurdo*
L'educazione terapeutica: filo conduttore nelle cure condivise
Maria Grazia Albano

SCUOLA NAZIONALE DI ECOGRAFIA GENERALISTA FIMMG

A *Villasimius*, negli stessi giorni del Congresso Fimmg-Metis, si svolgerà anche il I Congresso della Siemg (Società italiana di ecografia in Medicina Generale) con i corsi della Scuola nazionale di ecografia generalista Fimmg, diretta da **Fabio Bono**.

In particolare, si svolgeranno un corso teorico di base (3-5 ottobre), un corso teorico-pratico ecocolordoppler (3 ottobre), un corso pratico in ecografia generalista (4-5 ottobre), un corso v-scan (5 ottobre) e un convegno dedicato all'ecografia muscolo-tendinea nello studio del medico di medicina generale (7 ottobre).
Giovedì 6 ottobre è prevista inoltre una tavola rotonda per discutere presente e futuro dell'ecografia generalista in rapporto agli sviluppi della Medicina Generale.

**L'integrazione dell'assistenza:
presentazione di una esperienza
positiva - Andrea Pizzini**

10.45 – 11.30

**Informazione del medico di medicina
generale del terzo millennio**

Introduce: *Alessandro Dabbene*

Intervengono: *Isabella Cecchini, Silvia
Bencivelli*

*Con il contributo non condizionante
di Anifa*

WORKSHOP

MARTEDI' 4 ottobre 2011

11.30 – 13.30

**I progetti della Scuola Nazionale
degli Stili di vita**

Gallieno Marri

Daniela Livadiotti

Andrea Pizzini

Diego Giroto

Italo Guido Ricagni

Amedeo Schipani

*Con il contributo non condizionante
di Bruno farmaceutici*

11.30 – 13.30

**ASMA e BPCO: le terapie
farmacologiche a disposizione
del medico**

Fulvio Braido, Massimo Pistolesi

Marzio Uberti

*Con il contributo
non condizionante di Menarini*

11.30 – 13.30

**Stato di attuazione dei modelli
innovativi di assistenza primaria
nelle regioni italiane: quale
opportunità per la Medicina
Generale**

Domenico Grimaldi

Vittorio Boscherini

Vincenzo Landro

Tommasa Maio

Paolo Misericordia

Giuseppe Noto

*Con il contributo non condizionante
di Pfizer*

15.30 – 17.30

**Web e medicina generale:
come usare la rete senza finire
in trappola**

Alessandro Dabbene, Silvia Bencivelli

Francesco Napoleone,

Sergio Pillon

15.30 – 17.30

**La terapia del dolore
episodico intenso**

Lorenza Bacchini, Giuliano Bono,

Stevano Ivis

15.30 – 19.30

IL BLS-D

Fabio Lucchetti, Isabella Bartoli

Giancarlo Del Gaudio,

Francesco Marino

Prove di BLS-D su manichini
e defibrillatori automatici.

17.30 – 19.30

**Interpretare il vissuto del paziente
non autosufficiente**

Guido Sanna, Marco Sorrentino

*Con il contributo non condizionante
di Assomedico*

17.30 – 19.30

La Dieta on line

Antonio Verginelli, Renata Bracale,

Amedeo Schipani

Video educazionali ed esercitazione
pratica

MERCOLEDÌ 5 ottobre 2011

9.00 – 13.00

**TERZA SESSIONE - UNO
SGUARDO SULLE TECNOLOGIE
DEL FUTURO**

Moderatori:

Bruno Cristiano, Saverio La Bruzzo

09.00 – 10.15

**Tecnologie diagnostiche innovative
al servizio della Medicina Generale:
utilizzo, impatto sul lavoro, ruolo**

Roberto Giugliano

Dignostica strumentale

Intervengono:

Guido Sanna, Fabio Bono

Diagnostica di laboratorio in office

Intervengono: *Keith Anthony*

Grimaldi, Germano Orrù

10.15 – 11.10

**Farmaci tradizionali e farmaci
tecnologici: quale futuro per
la medicina generale?**

Introduce: *Walter Marrocco*

Intervengono: *Mario Eandi,*

Roberto Venesia

*Con il contributo non condizionante
di Pfizer*

11.10 – 11.30

**Il progetto "rischio e prevenzione",
una ricerca della medicina
generale: risultati preliminari**

Roberto Marchioli

WORKSHOP

MERCOLEDÌ 5 ottobre 2011

11.30 – 13.30

**La gotta nella vita reale:
problemi e soluzioni**

Marco Amadeo Cimmino, Walter Grassi,

Arrigo Lombardi

*Con il contributo
non condizionante di Menarini*

11.30 – 13.30

**La percezione del rischio e la sua
gestione in MG come fondamentale
passaggio per gli interventi
sugli stili di vita**

Daniele Campisi, Antonio Pio

D'Ingianna, Alfredo Grò, Daniela

Livadiotti, Italo Guido Ricagni,

Amedeo Schipani

*Con il contributo non condizionante
di Pfizer*

15.30 – 17.30

L'anziano fragile :

La Complessità nel territorio

Mario Barbagallo, Domenico Maugeri,

Giuseppe Carnazzo, Antonino Santangelo,

Carmelo Scarpignato

17.30 – 19.30

**Genomica – Il ruolo della genetica
e dello stile di vita nella
prevenzione**

Donatella Alesso, Keith Anthony Grimaldi,

Antonio Paoli

*Con il contributo non condizionante
di Gianluca Mech Spa*

17.30 – 19.30

**Il ruolo del medico di medicina
generale nella diagnosi precoce
del diabete di tipo 2**

Domenico Grimaldi, Carlo Giorda,

Maria Franca Mulas, Giuseppe Sanfilippo

*Con il contributo non condizionante
di Takeda*

Nuovo Multicentrum Cardio. L'aiuto in più contro il colesterolo.



Steroli vegetali

Multicentrum Cardio è stato appositamente formulato con **steroli vegetali** per aiutare a controllare il colesterolo e **vitamine e minerali** specifici per aiutare a mantenere il cuore in salute.

♥ Steroli vegetali per aiutare a controllare il colesterolo

Multicentrum Cardio contiene steroli vegetali **Corowise™** (1g per dose giornaliera), ingredienti di origine naturale derivati dal pino.

Gli **steroli vegetali** sono molecole strutturalmente simili al colesterolo, che svolgono un'azione **ipocolesterolemizzante**, riducendo l'assorbimento del colesterolo.¹

Humanoidi studi dimostrano che la riduzione della colesterolemia è dose-dipendente nell'intervallo tra 0,7 e 3,0-3,5 g/die, in particolare l'assunzione di quantità da 1g di steroli vegetali porta ad una riduzione del colesterolo LDL mediamente superiore al 5%.²⁻⁴

♥ Vitamine e minerali specifici per aiutare a mantenere il cuore in salute

La formula di Multicentrum Cardio è completa di vitamine e minerali tra cui le vitamine **B1, B6, B12, Acido Folico e Magnesio** che aiutano a mantenere il cuore in salute.

Elevati livelli di omocisteina plasmatica (Hcy) sono da considerarsi un rischio cardiovascolare poiché assistono il colesterolo LDL e favoriscono la formazione delle placche aterosclerotiche.⁵⁻⁶

L'assunzione di Acido Folico, Vitamina B6 e Vitamina B12 favorisce una riduzione dell'omocisteina plasmatica.⁷



Completo di A + Zinco*

1. Di Benedetto R, et al. Fagioni G. (2011) 756. Effetto e sicurezza degli steroli vegetali Corowise.
2. Berger A, et al. Plant sterols: natural sterols that reduce cholesterol as functional ingredients. *Journal of Nutrition* 2004; 134: 1-5
3. Miettinen TA, et al. Sterols for prevention of cardiovascular disease. *Journal of Nutrition* 2002; 132: 1-5
4. Bissler W, et al. The Hamburg Sterosterol Study: a community-based study of sterosterols in atherosclerosis and association with disease. *Journal of Nutrition* 2000; 130: 1-5
5. U.S. A. Medical. The importance of low homocysteine in cardiovascular disease prevention. *Journal of Nutrition* 2002; 132: 1-5

www.multicentrum.it

I temi del 66° Congresso Fimmg - Metis

Come cambierà la Medicina Generale nel terzo millennio?

di Donatella Alessio, Malek Mediati e Guido Sanna



Tecnologie diagnostiche innovative al servizio della Medicina Generale: utilizzo, impatto sul lavoro, ruolo

L'esercizio quotidiano della professione del mmg è profondamente cambiata ma sta sempre in continuo divenire, in contatto con il progressivo aumento e con la complessità delle problematiche che si pongono ogni giorno. Pertanto la qualità dell'intervento professionale e l'offer-

ta di nuove tecnologie e metodologie diagnostiche direttamente gestibili dal mmg per il cittadino assistito, in grado di arrivare rapidamente ed in modo attendibile ad una diagnosi certa, facilita enormemente un innovativo accesso alla diagnosi ed alla cura, garantendo perciò anche un'ot-

tima prevenzione delle complicanze. La proposta innovativa del congresso parte dalle nuove metodologie che riguardano la gestione e l'analisi critica e prospettica del lavoro del mmg, l'uso ragionato del self-audit e degli indicatori; si continua con la presentazione delle nuove tecnologie già di-

sponibili che potrebbero, in un prossimo futuro, essere gestite direttamente nello studio del mmg o al domicilio del paziente con indubbi vantaggi qualitativi ed economici. Infatti la coloscopia robotica, il V-scan e la gran parte dei tests non invasivi sono una importante occasione per il mmg di acquisire nuove conoscenze e nuove competenze, per aggiornare e ridefinire in modo moderno il proprio ruolo nel sistema sanitario italiano.

S spesso è difficile cogliere i cambiamenti dell'ambiente e della società in cui si vive: si è immersi nel presente e si avverte una sensazione di immobilismo, senza accorgersi del lento movimento delle tendenze. Di qui la necessità per una categoria di meditare sul futuro, anche non immediato, che può attendere i suoi membri e la società in cui si muoveranno.

Per questo il 66° Congresso nazionale Fimmg Metis ha il titolo "La Medicina Generale nel terzo millennio" e si propone di riflettere sugli scenari futuri che attendono la medicina generale.

C'è stato un periodo, in un passato non troppo lontano, in cui il medico di Medicina Generale è stato a serio rischio di scomparsa: figura cancellata in una sanità che tendeva verso una iperspecializzazione. Al contrario, negli ultimi anni, con il crescere dell'impegno economico e organizzativo legato alla cura delle malattie croniche, in qualunque provvedimento di politica sanitaria si privilegia il momento preventivo e si sottolinea l'importanza del medico generale nell'ambito dell'educazione sanitaria, della prevenzione e dell'assistenza. Il che non significa necessariamente che siano state attuate misure che permettano la migliore esplicazione del ruolo.

Sta cambiando il contesto demografico, sociale, economico e culturale in cui operiamo, e sta cambiando anche la demografia dei medici di Medicina Generale: ci si troverà con una

categoria più giovane, con una forte componente femminile e proveniente da scuole specifiche per la Medicina Generale. Come influenzeranno tutti questi fattori il lavoro dei medici di famiglia?

Si sta lentamente facendo strada la convinzione che il territorio è il luogo dove si svolge l'assistenza alle malattie croniche; questo implicherà la necessità di una diversa organizzazione delle cure primarie, da tempo auspicata e mai realizzata. Sarà attuabile? La categoria saprà affrontare questa necessità?

La tecnologia propone strumenti e test innovativi che possono essere utilizzati dalla medicina di primo livello per diagnosi e monitoraggio, e che potrebbero cambiare i percorsi assistenziali di diverse patologie. La Medicina Generale sarà capace di mettere in campo spirito di iniziativa e imprenditorialità per candidarsi a gestire realmente queste patologie? E le istituzioni

avranno sufficiente lungimiranza per incoraggiare la nascita di una medicina del territorio avanzata, o continueranno a sostenere l'innovazione solo nel campo, pur importante, della burocrazia?

Analogamente la farmacologia, accanto ai fondamentali farmaci tradizionali, sta sviluppando studio, produzione e sperimentazione di farmaci tecnologici fortemente innovativi. Saranno destinati al solo uso ospedaliero con la creazione di farmacopee di diversi livelli? E come si potranno curare sul territorio pazienti che utilizzano farmaci che il medico non conosce?

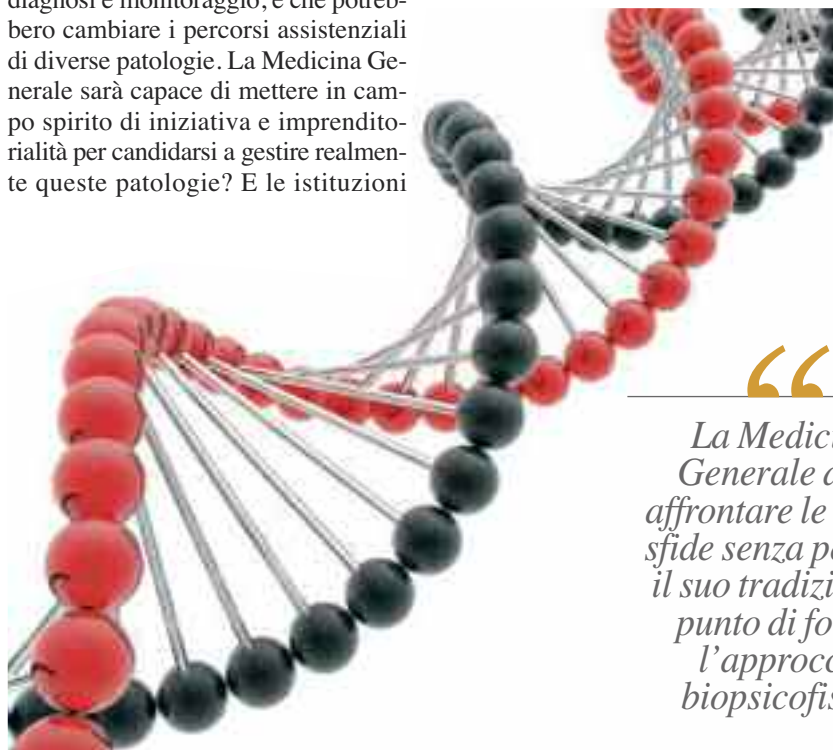
La Medicina Generale dovrà essere pronta ad assumersi la gestione proat-

tiva delle patologie croniche, e a utilizzare tecnologie innovative, mantenendo e migliorando i tradizionali punti di forza dell'approccio biopsicosociale peculiare della medicina di famiglia.

Il Congresso di quest'anno si propone di presentare alcune di queste tecnologie innovative e di dibattere su questi punti. E si propone ancora essenzialmente di comprendere quale può essere all'interno dell'attività della Medicina Generale il ruolo delle innovazioni tecnologiche, ovvero quali saranno i problemi fondamentali che i mmg si troveranno ad affrontare nei prossimi cinquanta anni. Risulta molto probabile che il fulcro del lavoro del medico di famiglia sia ancora costituito dalla triade di cronicità, fragilità e complessità, in cui ci si muove con il principale fine di migliorare la qualità dell'esistenza di chi si affida alle nostre cure. E allora diventa prioritario imparare a valutare questi fattori, misurarli nel loro impatto sulla vita dei pazienti e sul lavoro dei medici. Perché questo campo è lo specifico della Medicina Generale, l'area

fondamentale di cui, nella sanità, solo il medico di famiglia si occupa.

Il Congresso si propone di suscitare riflessioni e discussioni su questi argomenti, di gettare il seme del dibattito, e trasformarsi quindi in una occasione di crescita non solo per i partecipanti e per il momento congressuale, ma a cascata per tutti quanti noi.



“
La Medicina Generale deve affrontare le nuove sfide senza perdere il suo tradizionale punto di forza: l'approccio biopsicofisico

TEST GENERICI IN OFFICE PER UNA PREVENZIONE MIRATA

È possibile effettuare nell'ambulatorio del medico di Medicina generale il prelievo di saliva che consente l'analisi genetica, sulla cui base possono essere individuati suggerimenti dietetici adatti al profilo genetico.

L'etiopatogenesi di molte delle più comuni patologie come quelle cardiovascolari, diabete, obesità e tumori è per lo più multifattoriale. Anche se gli esseri umani condividono lo stesso patrimonio genetico, ogni individuo è unico in grazia di un 0.1% di variabilità causata essenzialmente da modifiche di un singolo nucleotide (SNPs, single nucleotide polymorphisms).

Ogni gene in media contiene circa 5 comuni SNPs (varianti presenti in >1% della popolazione) che possono avere ricadute importanti sulle proteine codificate da quel gene. Ad esempio circa il 40% degli italiani hanno una va-

riazione nel gene che codifica l'enzima deputato al metabolismo dell'acido folico (MTHFR) che causa una riduzione del 65% della sua attività influenzando la sintesi del DNA e la metilazione così come i livelli di omocisteina. La conoscenza di alcuni di questi SNPs permette di individuare aree di rischio per il singolo soggetto e quindi di operare la specifica prevenzione. Nel caso del MTHFR avrà bisogno di un livello di assunzione di acido folico superiore a quello raccomandato dai LARN per mantenere bassa l'omocisteinemia.

Negli ultimi anni i miglioramenti della tecnologia hanno permesso di individuare, con la genotipizzazione, gli SNPs nei geni-chiave nel metabolismo della nutrizione così da poter mettere in atto protocolli di prevenzione personalizzati.



THE CLOUD SOLUTION

"... La seconda rivoluzione industriale non si presenta come la prima con immagini schiaccianti quali presse di laminatoi o colate d'acciaio, ma come i bits d'un flusso d'informazione che corre sui circuiti sotto forma d'impulsi elettronici.

Le macchine di ferro ci sono sempre, ma obbediscono ai bits senza peso..."

"La Leggerezza" tratto da *Lezioni Americane*
(1985) di Italo Calvino.

 **Milleweb**
the cloud solution

Professione, professionalità, continuità

di Mauro Ucci*

Gli avvenimenti degli ultimi tempi, anzi degli ultimi giorni, con modifiche serrate alla possibilità della contrattazione della categoria, pongono un grosso problema rispetto al ruolo che deve svolgere un sindacato di professionisti.

Già perché nella stessa definizione di sindacato di professionisti viene enunciata la differenza sostanziale fra il nostro modo di agire, pensare e quello delle altre organizzazioni sindacali.

Ogni nostra azione, sin dai primi tentativi di unificare i vari tipi di assistenza in Italia pur partendo da posizioni rivendicative economiche, ha sempre mirato ad una sorta di omogeneizzazione degli interventi, spianando così la strada ad un Servizio sanitario nazionale.

Da allora sono passate riforme e controriforme, ma pur non abdicando alla funzione primaria della difesa economica della categoria, ci siamo battuti per qualcosa di più importante che

ci avrebbe permesso di essere attori di una sanità del territorio senza sudditanze culturali o ideologiche nei confronti della medicina ospedaliera.

Quindi nel tempo si è sviluppata la nostra azione che ha permesso l'introduzione di nuove forme di lavoro (associazionismo in senso lato ecc..) e modalità di formazione che ci hanno tenuto al passo con l'evoluzione della medicina.

Ad una evoluzione del nostro ruolo, che oggi è anomalo visto che siamo una categoria di convenzionati che riceve indicazione ex lege sui propri modi di operare, il sindacato sta lavorando affinché definitivamente si passi da una serie di azioni individuali anche se di alto profilo, ad una azione corale e riproducibile nel campo della medicina del territorio.

Cardine di questa azione è la ricerca di strumenti legislativi che una volta per tutte ci tolgano da una specie di limbo giuridico, con gli obblighi della dipendenza e senza i benefici della libera professione.

Davanti a noi quindi abbiamo due problemi specifici ed urgenti.

Il primo è la definizione di un ruolo con una diversa definizione anche delle funzioni di coloro che si occupano delle questioni di politica sanitaria. Infatti non è più proponibile né più possibile esercitare correttamente queste funzioni se non si cambia la maniera di salvaguardia dei colleghi che si occupano della nostra professione. In termini più specifici: dobbiamo concordare un diverso modo di parametrare la definizione dell'impegno sindacale salvaguardando il reddito professionale e la conservazione nel tempo dello stesso. Recenti episodi di contestazione da parte di alcune aziende hanno dimostrato la fragilità e la non ben definita politica di distacco sindacale (forma di un piccolo ristoro che non copre appieno gli impegni e espone nel tempo alla morte professionale).

Il secondo è collegato in una qualche maniera al primo: la nostra classe sindacale è anziana e il ricambio non è semplice a tutti i livelli. Quindi il nostro "Progetto Giovani", che tende a dare voce a chi ci dovrà sostituire nel momento in cui hanno poche possibilità di intervenire, sarà sicuramente la prospettiva di ricambio più corretta al fine di creare una categoria di professionisti preparati e motivati.

In conclusione, in un settore dove fare sindacalismo non si traduce in possibilità di carriera, ma che richiede un alto contenuto vocazionale, dobbiamo aprire al massimo le possibilità di partecipazione alle nuove generazioni che si annunciano per i prossimi cinque anni come un'onda che sostituirà almeno il 50% dei colleghi.

La differenza fra noi e gli altri sindacati, fra noi e i colleghi non sindacalizzati che si sfogano in lamenti queruli, sta in questo: nello sforzo di comprendere e prevedere quello che potrà accadere, nell'attenzione alla professione che porta sempre al superamento dell'interesse personale in quello collettivo.

*tesoriere nazionale Fimmg

dalla ricerca Sigma-Tau

CARNIFAST®

INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di Propionil-L-carnitina, Coenzima Q₁₀,
Vitamina B₂, Vitamina B₃, Vitamina B₅

Energia... *rapidamente*

In tutte le situazioni:

- stress psicofisico da lavoro/studio
- convalescenza
- età avanzata



**1 compressa al di
o secondo indicazione
del Medico**

30 compresse orodispersibili

Prezzo € 18,50

 **sigma-tau** p. a.
azienda farmaceutica ricerca

Ricomponi l'equilibrio intestinale

© 2011 by Sigma-Tau

NOVITÀ:
Fuori Frigo

FLOREtrix™

INTEGRATORE ALIMENTARE PROBIOTICO
con 50 miliardi di lattobacilli vivi e vitamine

 sigma-tau

Uno strumento nuovo per la Medicina Generale

Anche i medici di famiglia potranno ottenere un credito agevolato

di Dario Grisillo



tività di servizio connessa o strumentale alla prestazione di garanzie collettive mediante attività di informazione, consulenza tecnico-finanziaria, consulenza economica ed assistenza per l'individuazione ed il migliore utilizzo delle fonti finanziarie con cui intraprendere operazioni di credito e finanziamento a favore dei soci stessi.

In parole povere un Confidi supporta il socio nel ricercare ed ottenere – cosa non sempre scontata – un finanziamento e, offrendo garanzie in favore del socio, permette di ottenere dalla Banca (o altra fonte di finanziamento) condizioni nettamente migliorative rispetto al mercato.

In pratica è un contratto a tre dove Fidi-prof fa da garante del professionista nei confronti della banca.

■ ■ Dal 13 luglio è entrata in vigore la legge n.106/2011, nota come "Decreto Sviluppo", che contiene all'articolo 8 comma 12 bis la possibilità per i professionisti di costituire Confidi.

Il 20 luglio – in soli sette giorni –

Confprofessioni è stata in grado di costituire con atto notarile due Confidi dei professionisti, denominati "Fidiprof", uno per il Nord con sede legale a Milano ed uno per il Centro-Sud con sede legale a Napoli.

COSA È UN CONFIDI?

Un Confidi è una Società Cooperativa che è costituita ed opera ai sensi e per gli effetti dell'art 13 della Legge 326/03 "Disciplina dell'Attività di garanzia collettiva dei Fidi".

La Cooperativa, basandosi sui principi della mutualità prevalente e senza fini di lucro, svolge la propria attività esclusivamente a favore dei soci della Cooperativa stessa.

Lo scopo primario è quello di supporta-

re le necessità di miglioramento e ammodernamento dei soci relativamente alla dotazione di strutture, tecnologia, organizzazione ecc. attraverso la prestazione mutualistica ed imprenditoriale di garanzie collettive e prevede l'utilizzazione di risorse provenienti in tutto o in parte dai soci, volte a favorire il finanziamento dei soci da parte delle banche e degli altri soggetti operanti nel settore finanziario.

Subordinatamente il Confidi svolge at-

LA STORIA

Nell'attuale panorama di difficoltà per l'ottenimento del credito, tutte le associazioni di categorie (dall'artigianato al commercio, dal turismo all'industria) hanno il loro confidi, che consente di superare la difficoltà delle banche a concedere prestiti e di facilitare il credito agevolato ai propri iscritti. Dal 1956, quando vennero costituite le prime cooperative di garanzia, si contano oggi circa 400 organismi attivi, anche se quelli iscritti nell'apposito elenco della Banca d'Italia sono 620, espressione di oltre 1,2 milioni di imprese, con un volume di finanziamenti garantiti per quasi 50 miliardi di euro.

Solo il settore dei professionisti non poteva, fino a ora, costituire consorzi per svolgere un'attività di garanzia collettiva dei fidi e quindi utilizzare le risorse dei consorziati a garanzia dei finanzia-

menti concessi dalle banche, nonostante i tentativi fatti nel tempo per comprendere anche il mondo dei professionisti in questo sistema di tutele e di agevolazioni. Una palese ingiustizia che discriminava, ancora una volta, i professionisti.

Nel 2009 gli effetti della crisi finanziaria mondiale hanno cominciato a mostrare i primi effetti sul mercato italiano e la stretta creditizia del nostro sistema bancario ha messo a dura prova la tenuta delle piccole e medie imprese, con sempre più evidenti contraccolpi anche sul settore degli studi professionali, che non avevano alcun “paracadute” contro la crisi.

Agli inizi del 2009 Confprofessioni – parte sociale che rappresenta tutti i professionisti e di cui anche Fimmg fa parte come Parte Datoriale – ha allora messo in atto un articolato piano “anti-crisi”, che coinvolgesse le istituzioni politiche a sostegno delle attività intellettuali e sensibilizzasse il sistema bancario sulle difficoltà finanziarie dei liberi professionisti

Attraverso un’azione di lobbying chiara e trasparente, ma anche lunga e faticosa, Confprofessioni ha rappresentato alla classe politica la necessità di rimuovere un ostacolo legislativo anacronistico che creava un grave pregiudizio verso i liberi professionisti, colpiti, al pari degli altri settori economici, dalla crisi ed ha illustrato al sistema creditizio la necessità di superare la parcellizzazione dell’intero settore e le difficoltà tecniche per elaborare forme di finanziamento ad hoc per tutti i liberi professionisti

Un tour de force che Confprofessioni ha portato avanti in nome e per conto di tutti i professionisti italiani e che permette ora di salutare con vivo apprezzamento il sì, prima della Camera e poi del Senato, al decreto sviluppo che contiene l’estensione dei confidi ai professionisti.

In un momento di grande affanno politico, il governo ha saputo cogliere, grazie all’opera di sensibilizzazione svolta da Confprofessioni, le istanze dei professionisti e la richiesta di eliminare un’ingiustizia che discriminava i professionisti da quasi 50 anni.

I VANTAGGI PER I PROFESSIONISTI

I vantaggi per i singoli liberi professionisti e le loro società associate sono in-

tuitivi: con una quota di adesione alla società cooperativa – Fidiprof nord o Fidiprof centro sud – la cui entità minima stabilita per legge è di soli 250 euro, il singolo professionista potrà chiedere ed ottenere un mutuo o un finanziamento agevolato per l’acquisto o la creazione di uno studio, per l’ammodernamento tecnologico delle proprie infrastrutture o per l’adeguamento strumentale di cui ha bisogno ecc. Pensiamo alle necessità di strumentazione di un medico, ai sistemi informativi del commercialista, del notaio o dello stesso medico; pensiamo alla costituzione di società o di cooperative di professionisti ed alla collegata necessità di spazi, infrastrutture ed attrezzature.

E in un momento in cui l’evolversi del mondo del lavoro impone a molte professioni di adeguarsi e svilupparsi, poter contare su un credito agevolato fa la differenza tra il riuscire o non riuscire a progredire e rimanere competitivi.

IL RUOLO DI FIMMG E I VANTAGGI PER I MMG

Fimmg – che è parte estremamente positiva in Confprofessioni – ha attivamente supportato il processo di creazione dei Confidi ed ha partecipato alla fondazione degli stessi.

Ci si potrebbe chiedere perché, dato che questo strumento potrebbe sembrare utile al medico libero professionista ma lontano dalle necessità del medico di medicina generale, che opera in una modalità di “parasubordinazione” nei riguardi del Ssn e che vede i costi dei suoi fattori di sostegno alla professione inseriti nell’onorario professionale, per cui paradossalmente ad una osservazione superficiale meno investe nella organizzazione dello studio e più “guadagna” realmente.

Al di là del fatto che molti mmg operano anche come liberi professionisti, in realtà la medicina generale è profondamente interessata ad uno strumento che consente un credito agevolato.

Non dimentichiamoci che oggi stiamo vivendo un momento critico della Sanità in cui la Medicina Generale è profondamente coinvolta: non è più eludibile la necessità di riorganizzare complessivamente l’Area delle Cure primarie, di cui la Medicina Generale è il centro ed il fulcro, anche attraverso la riorganizzazione strutturale dei presidi di cura, per far fronte ad un ospeda-

le che sempre più e sempre prima reimmette sul territorio pazienti ancora critici e ad alta necessità assistenziale, ma soprattutto dobbiamo affrontare la sfida della gestione della domiciliarità e della cronicità e del controllo dei costi connessi.

Queste sfide però diventano reali in un momento in cui il Sistema Pubblico non ha le risorse né per le nuove strutture né per l’ammodernamento tecnologico e delle infrastrutture e forte è allora la tentazione di risparmiare affidando a terzi la realizzazione di questi livelli assistenziali.

Per questo la Medicina Generale oggi si trova di fronte ad una situazione critica ed ambivalente che è contemporaneamente un possibile punto di partenza per un futuro in cui gestirà tutto il territorio oppure il momento in cui perderà progressivamente la sua utilità per il sistema.

Il sistema sanitario in affanno infatti cerca da un lato di “razionalizzare” i costi e dall’altro di quantificarli in un logica simile ai DRG ospedalieri di cui il primo esempio è rappresentato dalla sperimentazione dei “CREG” della Lombardia.

In questa ottica la gestione del territorio viene messa all’asta al miglior offerente e, di grazia, alla medicina generale, per ora, viene dato un diritto di prelazione, a patto che sia in grado di garantire i costi più bassi.

L’alternativa è di consegnare il territorio al privato, che poi non avrà bisogno del medico di famiglia per l’erogazione delle singole prestazioni.

C’è allora impellente la necessità di un cambiamento – che abbiamo già delineato nella Ri-fondazione – e di una riorganizzazione interna in cui non tanto il singolo medico di medicina generale ma piuttosto la Medicina Generale nel suo complesso – forme aggregative e società di servizio a supporto – è chiamata a realizzare questo processo, sviluppando una mentalità imprenditoriale, utilizzando gli strumenti dell’impresa mentre resta libera professione, per proporre soluzioni elaborate dalla Medicina Generale per essere realizzate dalla Medicina Generale avocando a sé il mandato di garantire al sistema questi livelli assistenziali.

In questo disegno allora la realizzazione di un confidi a disposizione della medicina generale si rivela un tassello prezioso di un disegno complessivo.

Le difficoltà d'inserimento di un "giovane medico"

di Paolo Giarrusso*

Nella pratica sindacale capita sempre più spesso di doversi confrontare con colleghi di continuità assistenziale che si interrogano angosciati sul loro futuro come medici di medicina generale. Legittime perplessità anche alla luce delle difficoltà ad iniziare l'attività professionale con pochi assistiti, magari in un centro che non si è conosciuto prima di allora o nel quale non si hanno radici e sufficienti conoscenze tali da permettere di acquisire scelte. È chiaro che tutto ciò scoraggia i "giovani" colleghi ad intraprendere tale percorso professionale e ingenerano profonde disillusioni e frustrazioni che segnano l'animo e non solo. A tale riguardo voglio riportare, nel box in questa pagina, una delle tante email pervenute alla mia attenzione e che, a mio modesto parere, rappresentano in modo eloquente la situazione.

Questa email rappresenta una delle tante storie reali dei colleghi che, laureatesi negli anni '80, hanno trovato una situa-

zione di ingresso nelle cure primarie di difficile gestione e che ha trovato e trova l'acme delle difficoltà nelle regioni meridionali dove per una serie di motivi differenti (emigrazione, stagnazione del mondo del lavoro, medici che continuano l'attività fino a 70 anni etc. etc.) diviene un ostacolo non sormontabile in poco tempo. Certamente questa è una di quelle tante storie (storie vere, concrete, reali di cui sono protagonisti uomini e donne e non numeri!) che hanno cercato e cercano di volersi creare un futuro come medici di medicina generali affascinati da quel rapporto medico-paziente che hanno avuto modo di sperimentare magari in qualche sostituzione, e che non si sono voluti (o potuti) avvalere delle attività di plus-orario previste per la continuità assistenziale. Personalmente comprendo le ragioni e mi immedesimo nel loro stato d'animo e concordo con alcune delle loro rimostranze. Purtroppo siamo nati in un periodo storico sbagliato, in uno di quei tanti periodi di transizione

in cui è ben difficile trovare modelli pre-costituiti e dove bisogna quotidianamente inventarsi modalità capaci di adeguarsi alla realtà delle cose.

Però, nonostante il pessimismo che pervade questa fase, permettetemi alcune considerazioni che per lo meno danno una speranza per il futuro della nostra professione e della medicina generale in particolare.

1. L'impostazione globale del Ssn (e anche delle cure primarie) risale agli anni '70 (la legge di riforma 833/78 è appunto del 1978) e venne elaborata in un periodo storico particolare (eravamo in coda al boom economico e i medici della mutua di allora venivano pagati "a notula", mentre le quote capitarie Inps erano in media più di 2.000 per ciascun medico di medicina generale puro, generando una situazione positiva del tutto inimmaginabile ai nostri giorni). Nonostante ciò l'effetto del-

segue a pag.18 ►

LA TESTIMONIANZA

Spett. Fimmg Palermo, sono un collega quarantenne di Cefalù, titolare di Continuità Assistenziale a San Mauro Castelverde e da due anni titolare di 145 scelte come medico di medicina generale a Villabate. Non essendo del luogo fatico ad aumentare il numero di assistiti. Certamente il mio è un caso comune ed emblematico anche perché altri più giovani di me sono o saranno in un futuro prossimo venturo nelle stesse condizioni. A causa dell'esiguità del compenso percepito e nella fiduciosa attesa dell'incremento degli assistiti, non potendo far fronte alle spese in maniera autonoma chiesi ed ottenni un prestito alla banca. Lentamente, però, il prestito è stato eroso dalle spese, i compensi della Continuità Assistenziale e come Medico di Medicina Generale non coprono il fabbisogno mensile e mi ritrovo di nuovo in rosso, con in più l'aggravio delle spese

bancarie per rientrare in pareggio. In tutto questo la Asp di competenza, legittimamente secondo l'attuale normativa, ha emanato il bando per altri due posti vacanti di medicina generale nel paese dove opero. Posti per cui concorre anche un collega originario del paese, con conoscenze certamente superiori alle mie. Le mie speranze di incrementare il numero degli assistiti si riducono ulteriormente e forse svanisce, almeno per me, la possibilità di continuare ad essere medico di medicina generale. Mai mi sarei aspettato, appena laureato, 20 anni fa, una tale situazione! Una volta c'era l'orgoglio di essere medico o figlio di medico. Mio figlio, appena adolescente, vedendo che a casa non ci sono mai e che non posso permettermi neppure le vacanze, di una cosa è certo: non vorrà mai fare il medico!

Salvatore Cavallaro, iscritto Fimmg Palermo

la riforma fu dirompente (introduzione del rapporto ottimale, stop ai nuovi convenzionamenti, introduzione del pediatra di libera scelta, introduzione dell'istituto dell'associazionismo per il rientro nei massimali per i tanti ultramassimalisti – c'erano medici che avevano anche più di 3.000 scelte !! –, creazione della guardia medica come temporaneo periodo di lavoro o professionale prima di assumere scelte etc) con resistenze e difformità di applicazione nelle varie regioni italiane. Una riforma che andava prefigurando una nuova realtà delle cure primarie e che le successive leggi di modifica e gli Accordi collettivi nazionali e regionali per la medicina generale hanno cercato di adattare il più possibile ai nuovi bisogni che prepotentemente stavano affacciandosi alla ribalta. Comunque, nonostante queste continue rivisitazioni, l'impostazione generale delle cure primarie è rimasta la stessa fino ai nostri

giorni, malgrado il modo di esercitare la medicina generale sia notevolmente cambiato rispetto agli anni '70 (per esempio la medicina d'iniziativa non si sapeva cosa fosse, così come non era prospettabile un'assistenza strutturale per la cronicità o i nuovi compiti di tenuta di dati informatizzati o il patient summary etc). Tutto quanto sopra, non poteva passare inosservato ad una grande organizzazione professionale come la Fimmg che si è fatta promotrice di questi nuovi bisogni espressi dai cittadini e dalla professione in quel progetto, la Ri-fondazione della medicina generale, che dovrebbe cambiare nel futuro le cure primarie. Progetto nel quale anche l'ingresso nel mondo della professione dovrebbe avere regole nuove tali essere più confacenti alla realtà odierna. Ma per realizzare tale progetto bisogna essere in due: medicina generale e parte pubblica e, quel che è più importante oggi come oggi, trovare le risorse per gli investimenti necessari.

2. Il problema risorse è fondamentale, co-

me indica anche la testimonianza del collega (ricorso al credito bancario per gli investimenti dello studio etc). In merito la politica della Fimmg è stata lungimirante in questi ultimi anni; infatti l'adesione a ConfProfessioni (a tale proposito sottolineo come oramai nel nostro logo sia presente anche tale sigla) rappresenta quell'opportunità in più che mediante il ricorso all'istituto dei confidi può permettere ai medici di medicina generale aderenti di ottenere le risorse necessarie a prezzi di gran lunga competitivi rispetto al mondo bancario.

3. Infine, un auspicio: speriamo che il correttivo (anche se recentemente modificato) del numero programmato possa evitare le storture determinatesi nel recente passato e che in un futuro prossimo nessuno possa sentirsi umiliato e svilito (in termini economici) nell'esercitare una nobile professione come la nostra.

* paologiarrusso@fimmg.org

LE NEWS

Sul Garda il XXIII Congresso Csermeg



Si svolgerà il 28 e 29 ottobre prossimi, a Costernano (Garda, VR), il XXIII Congresso nazionale Csermeg, dedicato quest'anno ad Acuzie e cronicità nelle cure primarie: organizzazione, formazione e ricerca.

Obiettivo del Congresso, come si legge nella presentazione, è "identificare le aree di acuzie e cronicità delle malattie di competenza delle Cure Primarie, esaminare i modelli di assistenza adatti alla loro gestione e condivisi con le altre figure professionali che operano nelle Cure Primarie, aiutati da progetti di ricerca propri della Medicina Generale".

LE NEWS

La partecipazione al Convegno consente di conseguire 15 crediti Ecm.

Per informazioni ed iscrizioni:
CSeRMEG, tel. +39.335.6426816; fax 039.2102034, www.csermeg.it

Elezioni del direttivo Fimmg Oristano

Il 25 giugno scorso si sono svolte le votazioni per il rinnovo degli incarichi della sezione provinciale Fimmg di Oristano. **Alessandro Usai** è stato eletto segretario provinciale, **Franco Dessi**, vicesegretario vicario, **Giuseppino Canu** e **Maria Luigia Fanari**, vicesegretari, **Antonio Delitala**, tesoriere. Il Consiglio direttivo comprende inoltre **Antonio Pinna** (che seguirà le problematiche Enpam), **Francesco Carta** (addetto stampa), **Mario Ennas** (supplente Comitato aziendale), **Gualtiero Atzei** e **Guido Aramu** (segretario organizzativo).

Eletto anche il Collegio dei revisori dei conti, di cui fanno parte **Marina Sailis**, **Maria Antonietta Dessi**, **Salvatore Milia** e **Stefano Siddi** (supplente). Infine nel Collegio dei probiviri sono stati elet-

LE NEWS

ti **Marco Atzei**, **Augusto Cadeddu**, **Maria Grazia Carta**, **Antonio Demelas**, **Marina Isoni**, **Adriana Muscas** e **Maria Piras**.

L'innovazione nelle cure primarie

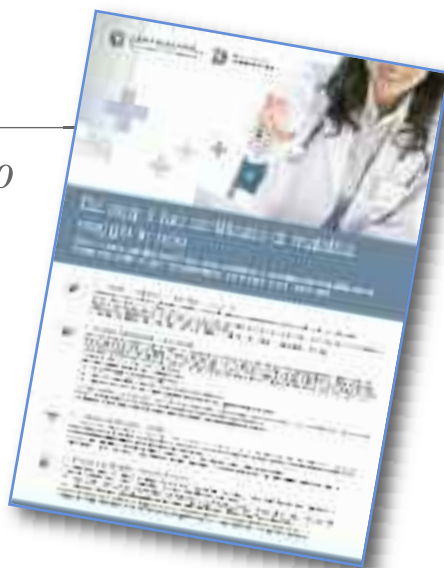
Si terrà a Parma, il prossimo 21 ottobre, un Convegno di studio dedicato all'innovazione nelle cure primarie, promosso dalla Regione Emilia Romagna.

La ricerca di soluzioni innovative, la diffusione delle migliori pratiche già sperimentate a livello locale, i nuovi modelli organizzativi per la gestione delle cure primarie e la presa in carico delle patologie croniche saranno tra i temi centrali dell'incontro. Fra i relatori segnaliamo la presenza di **Elio Guzzanti** e **Giacomo Milillo**, oltre all'assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, **Carlo Lusenti**, e il responsabile per il Servizio di Assistenza distrettuale e Medicina Generale, **Antonio Brambilla**.

Per informazioni ed iscrizioni:
Ausl di Parma, www.ausl.pr.it

On line anche la copia per i datori di lavoro

Entra a regime la certificazione di malattia digitale



■ Dal 13 settembre i medici non saranno più tenuti a compilare una copia cartacea del certificato da

esibire al datore di lavoro. Per informare i cittadini di queste novità il ministero ha predisposto una

locandina che alleghiamo a questo numero di *Avvenire Medico* e che potrà essere esposta nei nostri studi

Un risultato positivo del lavoro compiuto da Fimmg in questi mesi, presso l'Inps e presso il Ministero della Pubblica Amministrazione e dell'Innovazione, per tutelare gli interessi dei medici nel passaggio alla forma digitale della certificazione di malattia. “Fino al 13 settembre – ha spiegato Silvestro Scotti, vicesegretario nazionale della Fimmg – i datori di lavoro del settore privato avevano la possibilità di richiedere copia cartacea dell'attestato di malattia inviato online dal medico. Questa fase si è conclusa, continua Scotti, e i medici, per quanto riguarda i lavoratori del settore privato, non saranno più obbligati alla doppia copia cartacea”.

Saranno attivati servizi utili ai datori di lavoro pubblici e privati per il loro accesso telematico alle attestazioni di malattia dei propri dipendenti, sia direttamente che tramite intermediari da loro riconosciuti.

Possibile anche per il datore di lavoro o per il suo intermediario, su registrazione, l'invio in automatico delle attestazioni dei propri dipendenti attraverso posta certificata.

Per il lavoratore saranno disponibili nelle prossime settimane anche servizi di invio diretto da sistema, a richiesta, sulla propria email certificata sia del certificato che dell'attestazione di malattia inviati online, mentre su email non certificata sarà possibile l'invio del solo attestato. Attivato anche un

servizio di invio sms del protocollo di invio sul numero telefonico del lavoratore.

“La richiesta di Fimmg di massimo coinvolgimento informativo dei cittadini attraverso la comunicazione istituzionale – ha detto ancora Scotti alla conclusione di un incontro operativo al Ministero della Pubblica Amministrazione e Innovazione – viene risolta con la preparazione da parte dei Ministeri competenti di una locandina informativa che descriva i cambiamenti in carico a cittadini, medici e datori di lavoro che sarà resa disponibile in tutte le sedi utili, sanitarie e non, alla diffusione di tale informazione”. “Fimmg è, quindi, soddisfatta – ha concluso Scotti – per la conclusione del processo di

semplificazione e di coinvolgimento di tutti gli attori pubblici e privati nella certificazione di malattia. Il canale cartaceo in tale processo potrà continuare limitatamente e situazioni di criticità dovute a problemi tecnici, organizzativi e clinico assistenziali del medico. Continuerà, inoltre, per alcune categorie di lavoratori definite normativamente (forze dell'ordine, magistrati ecc.)”.

La certificazione on line in cifre

(dati Inps al 31 agosto 2011)

- **89.971** utenti aziendali con PIN autorizzati alla consultazione attestati;
- **2.463.567** consultazioni di attestati attraverso il servizio con PIN;
- **244.726** consultazioni di attestati attraverso il servizio “open” (CF + n. prot. Certificato).
- **28.647** aziende hanno ricevuto 796.879 mail
- **5.452** Amministrazioni pubbliche hanno ricevuto 587.444 mail
- **589** i cittadini hanno ricevuto 493 mail

CONGRESSO

GIOVEDÌ 6 ottobre 2011

09.00 – 09.20

Associazione Onlus Medici di famiglia per le emergenze: rinnovato impegno a fianco della Protezione Civile

Domenico Barbati

09.20 – 9.40

Garantire la continuità della assistenza sanitaria di base alla popolazione colpita da catastrofe: il progetto PASSF

Enrico Generali

9.40 -10.00

Il ruolo del volontariato nel servizio nazionale della Protezione Civile

Roberto Giarola

10.00 -13.00

Il progetto della Medicina Generale e l'appartenenza a Confprofessioni: opportunità e strumenti

Moderatore: *Angelo Castaldo*

10.00 – 10.30

Confprofessioni: il mondo dei liberi professionisti *Gaetano Stella*

10.30 – 11.00

Il progetto della Medicina Generale per il III° millennio. I vantaggi di appartenere a Confprofessioni

Giacomo Milillo

10.30 - 11.30

Il nuovo profilo professionale

“Assistente di studio medico

di famiglia” *Dario Grisillo*

11.30 – 12.00

Il sistema dei confidi

Francesco Giacomini

12.00 – 13.00

Gli enti collegati di Confprofessioni

• C.A.DI.PROF. *Luca De Gregorio*

• Fondoprofessioni *Massimo Magi*

• La bilateralità E.Bi.Pro *Mario Canton*

13.00 – 14.30

Pausa pranzo

14.30 – 14.40

Premio Mario Boni

14.40 – 15.30

Interventi di:

Amedeo Bianco

Alberto Olivetti

Giuseppe Palumbo

Luca Coletto

15.30 – 16.00

Relazione del Segretario Generale Nazionale Fimmg

Giacomo Milillo

16.00 – 16.30

Intervento del Ministro della Salute

Prof. Ferruccio Fazio

16.30

Intervento in videoconferenza del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Sen. Maurizio Sacconi

21.00 – 23.00

Il CdA Enpam incontra il Congresso Fimmg: a domanda risponde

VENERDÌ 7 ottobre 2011

09.30 – 10.30

Medicina Generale e Telemedicina: la risposta all'esigenza di salute del terzo millennio

Sergio Pillon

10.30 – 12.30

Tavola Rotonda: La medicina generale nel III° millennio: la collaborazione con l'AIFA

Moderano: *Walter Marrocco*

e *Andrea Pancani*

Partecipano: *Guido Rasi, Paolo*

Siviero, Carlo Tomino, Pietro Gallo Folino

Discussant: *Roberto Venesia, Marco*

Cambielli, Ettore Saffi Giustini,

Mario Eandi

12.30 – 13.00

L'Aifa incontra la Medicina

Generale. Question time

e discussione

13.00 – 14.30

Pausa pranzo

14.30 – 15.00

Il Medico e la previdenza: il Centro Studi della FIMMG elabora i dati di un'indagine ENPAM e li confronta con quelli di una propria iniziativa

Paolo Misericordia

Moderatori: *Stefano Zingoni, Alberto Olivetti*

15.00 – 16.30

Informatica e Medicina generale: l'evoluzione dei sistemi. Dal locale alle nuvole

Moderatori: *Silvestro Scotti, Fiorenzo Corti*

Intervengono: *Roberto Tomassetti,*

Gabriele Ciaccia, Lidia Miotto,

G. Moretti e Massimo Caprino

16.30 – 18.00

Il progetto della Medicina

Generale nel III° millennio

16.30 – 17.00

Riorganizzazione della assistenza primaria. Le AFT e le sedi strutturali della Medicina Generale

Dario Grisillo

17.00 – 17.30

Cronicità e domiciliarità affidate alla Medicina Generale: il progetto

Paolo Misericordia

17.30 – 18.00

La possibilità di partecipare alla costituzione e gestione di una rete di strutture sanitarie per la

Medicina Generale

Maurizio Pozzi

18.00 – 19.00

Modifiche statutarie

WORKSHOP

VENERDÌ 7 ottobre 2011

16.00 – 18.00 WORKSHOP

La pensione dei medici convenzionati e liberi professionisti

a cura di *Franco Pagano*

introduce *Alberto Olivetti*

SABATO 8 ottobre 2010

09.30 – 10.00

Medicina generale e dirigenza medica aziendale: i problemi, le opportunità

Marco Patierno

10.00 – 11.30

La sperimentazione dei CREG in Regione

Lombardia: parlano gli attori

Moderatori: *Guido Marinoni,*

Fiorenzo Corti

Intervengono: *Raffaele Contini, Davide*

Lauri, Marino Lanfranconi, Gabriella

Levato, Mario Sorlini

11.30 – 12.00

La comunicazione Fimmg: un anno di attività

Intervengono: *Fiorenzo Corti,*

Paolo Giarrusso, Stefano Nobili

12.00 – 13.00

Question time e discussione

13.00 – 15.00

Pausa pranzo

15.00 – 16.00

Question time e discussione

16.00 – 17.00

Intervento del Segretario Generale Nazionale Fimmg

Giacomo Milillo

17.00 – 18.00

Chiusura del Congresso

TISANOREICA®



1911 - 2011

DECOTTOPIA® E TISANOREICA®

UNA STORIA DI FAMIGLIA DA OLTRE CENT'ANNI.

La mia famiglia si tramanda dal 1911 con il nome Balestra - Marcello Balestra era il mio bisnonno - e prima ancora con il nome Romano, i segreti di una forma galenica particolare: la Decottofia. La Decottofia contiene nell'estrazione di principi attivi di almeno 10 piante (dal groco della quercia, quercia, che mi per *30*) in forma liquida, senza alcool, senza zucchero e senza conservanti. La Decottofia è anche il nome della linea Tisanoreica che - grazie alle piante benefiche contenute negli alimenti Tisanoreica e negli estratti della Decottofia - viene definita la "Chiedi Verde", un meccanismo metabolico che va ad aggredire i grassi senza affaticare stria e fegato.

Vedi pubblicazione scientifica: **AGRICOOD INDUSTRY INTECH VOL. 21 N.4**

CERCA SEMPRE SOLO IL LOGO ORIGINAL DECOTTOPIA E ORIGINAL TISANOREICA.
TUTELATO DALLA STORIA E DALLA TRADIZIONE CENTENARIA.
LA "CHIEDI VERDE" E SOLO TISANOREICA



FAMIGLIA
BALESTRA-MECI
DAL 1911



GIANLUCA MECCHI
PRESIDENTE ASSOCIATION

LA DIETA TISANOREICA®

LA SINTESI PERFETTA TRA TRADIZIONE CENTENARIA E INNOVAZIONE, SAPERE ANTICO E SCIENZA PER TE PER LA TUA SALUTE.
MERITI L'ORIGINALE DI GIANLUCA MECCHI.

Novità - ORA ANCHE SENZA GLUTINE -

**NOVITÀ
ESCLUSIVA**
ANCHE PER LA
DIETA SENZA GLUTINE

PROVA I NUOVI PRODOTTI DELLA DIETA TISANOREICA

SOLO IL **6,44%**
DI CARBOIDRATI

LO SGUARDO È RIVOLTO AL FUTURO.

La Tisanoreica è infatti un metodo per dimagrire, dalla base fermento scientifica, elaborato e testato in collaborazione con il Dipartimento di Anatomia e Fisiologia dell'Università di Padova; inoltre, il Centro Studi Tisanoreica studia ed aggiorna continuamente i metodi e protocolli della Tisanoreica e della Decottofia.



pasta



crustini



plum-cake

pasta, fusilli, riso, crustini, plum-cake, biscotti...

ABBINATI AD UNO STILE DI VITA SANO E ATTIVO E CON L'AUSILIO DEL MEDICO.

GIANLUCA MECCHI SPA - 439 0444 027925 - WWW.TISANOREICA.IT - ORGIANO (VICENZA) ITALY

Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

Villaggio Globale?

■ ■ Riflettete su questo significativo racconto di *An American at breakfast* (Un americano a colazione), scritto dall'antropologo Robert Linton negli anni '60.

Prima di recarsi a fare la prima colazione, si ferma a comprare un giornale e paga con della moneta, un'antica invenzione lidia. Al ristorante si trova di fronte a una nuova serie di elementi presi in prestito. Il suo piatto è di un tipo di ceramica inventata in Cina. Il coltello è d'acciaio, una lega per la prima volta ottenuta nell'India meridionale, la forchetta è una invenzione italiana che risale al Medioevo e il cucchiaio è copia di un originale romano. Inizia la colazione con un'arancia, dal Mediterraneo orientale, un melone cantalupo dalla Persia, o forse una fetta di anguria dall'Africa. Con la frutta beve il caffè, una pianta abissina, con panna e zucchero. Sia la domesticazione delle mucche, che

l'idea di mungerle, ha avuto origine nel Vicino Oriente, mentre lo zucchero fu prodotto per la prima volta in India. Dopo la frutta e il caffè continua con i waffles, un tipo di focaccine croccanti fatte secondo una tecnica scandinava con frumento domesticato in Asia Minore. Sopra vi versa sciropo d'acero, inventato dagli indiani delle zone boschive orientali. Può anche decidere di mangiare le uova di una specie di uccello, domesticato in Indocina, o sottili striscioline della carne di un animale domesticato nell'Asia orientale, che sono state salate e affumicate secondo un procedimento sviluppato in Europa settentrionale...

Quando il nostro amico ha finito di mangiare, decide di fumare – un'antica abitudine degli indiani d'America, il tabacco di una pianta domesticata in Brasile con una pipa, originaria degli indiani della Virginia, oppure una sigaretta, originaria del Messico. Se si sente in forma, può perfino decidere di fuma-



re un sigaro, arrivato fino a noi dalle Antille, attraverso la Spagna. Mentre fuma legge le notizie del giorno, stampate in caratteri inventati dagli antichi Smiti, su un materiale inventato in Cina, secondo una tecnica inventata in Germania. Mentre legge il resoconto dei problemi internazionali, da bravo cittadino conservatore, ringrazierà, in una lingua indoeuropea, una divinità ebraica, di essere al cento per cento americano¹.

L'umanità è sempre stata interconnessa, ma ne era quasi sempre inconsapevole. Oggi siamo interconnessi non solo da strumenti, simboli e prodotti che si

diffondono attraverso i confini della civiltà, ma anche attraverso il nostro contatto immediato con persone di tutte le culture grazie a te www.

Vuoi dire quindi che le cose sono sempre esistite e sempre esisteranno ed è tutto una questione spazio-temporale? Ovvero le cose che prima si interconnettevano dopo centinaia di anni, ora con te si interconnettono in pochi secondi? E quindi se l'uomo trovasse le scorciatoie del tempo, come il maggior cosmologo vivente Stephan Hawking sostiene nella teoria delle corde, scorciatoie che ci farebbero passare in breve tempo da una galassia ad un'altra potremmo....? Sta all'uomo trovarle o per dirla con Einstein: "Tutti sanno che una cosa è impossibile da realizzare, finché arriva uno sprovveduto che non lo sa e la realizza".

a cura di Bruno Cristiano
brunocristiano@fimmg.org

¹) R. Linton, *lo studio dell'uomo*, Bologna 1973

LE NEWS

Fimmg Calabria proclama lo stato di agitazione

È naufragata la trattativa aperta per l'Accordo Integrativo Regionale in Calabria e la Fimmg regionale ha proclamato, il 31 agosto scorso, lo stato di agitazione della categoria. Al centro della trattativa il "pacchetto informatico" che, si legge in un comunicato firmato da **Giuseppe Varina**, segretario regionale di Fimmg Calabria, "non potrà avviarsi salvo un serio impegno, coinvolgendo tutte le categorie interessate e recuperando risorse per il territorio". Le somme ini-

LE NEWS

zialmente previste a questo scopo, nell'incontro svolto in Regione il 10 agosto scorso sono "svanite" e a ciò si aggiungono, si legge ancora nel comunicato, "i forti ritardi delle varie Aziende Sanitarie Calabresi nell'informatizzazione delle altre categorie interessate (medicina ospedaliera, specialistica territoriale e Continuità Assistenziale) nell'acquisizione dell'hardware e software utili ad un completo allineamento, necessario per una buona pratica prescrittiva". Non avendo avuto risposta alla richiesta di un incontro con il presidente della Regione **Giuseppe Scopelliti**, i vertici regionali del sindacato non hanno potuto che rilevare come "in questo contesto nessun medico di medicina generale

LE NEWS

potrà essere obbligato ad inviare per via telematica i dati della ricetta, fino a quando la Regione Calabria non avrà ottemperato agli obblighi previsti dall'Accordo Collettivo nazionale". "Proprio per le numerose criticità ancora non superate (specialmente nel 'pacchetto informatico') e consapevoli delle difficoltà economiche in ambito sanitario presentate dalla nostra Regione – prosegue il comunicato – pur restando vigili e disponibili ad una pronta ripresa delle trattative sindacali, la Fimmg Calabria proclama lo stato di agitazione della categoria, auspicando un rapido e costruttivo incontro con il presidente Scopelliti utile ad un chiarimento definitivo di tutti i problemi sul tappeto".

Un passo avanti verso un nuovo vaccino contro la TBC

■ ■ Uno studio pubblicato su *Nature Medicine* offre una nuova prospettiva nella prevenzione della tubercolosi. Un batterio

geneticamente modificato è in grado di indurre l'immunizzazione in topi da laboratorio

La strada sarà ancora lunga, ma quella intrapresa da ricercatori dell'Albert Einstein College of Medicine presso la Yeshiva University di New York sembra la direzione giusta e dopo anni di ricerca il più delle volte infruttuosa potrebbe essere più vicino un vaccino realmente efficace contro la tubercolosi.

Il gruppo, in una serie di esperimenti illustrati su *Nature Medicine*, è infatti riuscito a creare in laboratorio un batterio ibrido simile al *Mycobacterium tuberculosis* in grado di stimolare la risposta immunitaria nei topi riuscendo così a scardinare uno degli ostacoli principali alla messa a punto di un vaccino: la capacità del batterio responsabile della Tbc di eludere la prima aggressione del sistema immunitario.

La realizzazione di un vaccino efficace contro la Tbc è considerata da tempo una priorità sanitaria globale. Secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, il bacillo di Koch infetta una persona al secondo tanto che un terzo della popolazione mondiale vi è entrata in contatto. È vero che la gran parte delle persone infettate non presenterà mai i sintomi della malattia, ma la tubercolosi causa ogni

anno tra i 2 e i 3 milioni di morti nel mondo. E anche l'Italia non ne è esente: nel 2006 si sono registrati circa 400 decessi secondo il ministero della Salute.

Attualmente il bacillo di Calmette-Guérin (BCG), un ceppo attenuato di *Mycobacterium bovis*, è l'unica forma di vaccinazione disponibile. Tuttavia è di limitata efficacia. E intanto avanzano ceppi resistenti di Tbc, che complicano ulteriormente il quadro. Non stupisce dunque il forte impegno in questo campo, in cui istituzioni pubbliche, enti no-profit e aziende stanno investendo risorse cospicue.

Ora, la ricerca americana, apre un nuovo spiraglio.

In una prima fase dello studio il team si è concentrato su un gruppo di geni denominato "esx-3" noto per il suo ruolo nel proteggere il batterio della tubercolosi dal sistema immunitario dell'organismo ospitante. L'ipotesi dei ricercatori era che eliminando questo gruppo di geni, il batterio potesse diventare vulnerabile ed essere debellato. L'esperimento effettuato su topi da laboratorio è stato un successo: dopo aver ingegnerizzato un batterio molto simile al *M. Tuberculosis* (il *Mycobac-*

terium smegmatis che colpisce i topi) eliminando il gruppo esx-3, il team ha infettato i topi con alte dosi del microrganismo, ma il sistema immunitario dei roditori è stato in grado di rispondere all'infezione.

Nell'uomo, tuttavia, l'esperimento è stato una disfatta: il *M. Tuberculosis*, se privato del gruppo di geni esx-3 non sopravvive.

Tuttavia, quasi per caso, i ricercatori sono giunti comunque alla messa a punto di un vaccino potenzialmente efficace nell'uomo. Hanno infatti creato un ulteriore batterio, definito IKEPLUS, "ricucendo" nel Dna del *Mycobacterium smegmatis* (il batterio dei topi) il gruppo di geni esx-3 estratto dal *Mycobacterium tuberculosis*.

Il nuovo batterio nelle intenzioni dei ricercatori avrebbe dovuto recuperare la capacità di sfuggire al sistema immunitario. Ma così non è stato: il nuovo ceppo era vulnerabile al sistema immunitario e produceva immunizzazione nei confronti del *Mycobacterium tuberculosis*, come hanno dimostrato gli esperimenti successivi.

Il gruppo ha vaccinato 5 topi con IKEPLUS, infettandoli di seguito con il *Mycobacterium tuberculosis*. I risultati sono stati entusiasmanti: tutti i topi sono vissuti per più di 40 giorni, due per 90 giorni, uno addirittura per 343 giorni. I cinque topi di controllo, non vaccinati, sono morti invece 5 giorni dopo l'infezione. Esperimenti con numeri più alti di topi hanno dato gli stessi risultati. Inoltre, i tessuti estratti da topi immunizzati con IKEPLUS e che erano sopravvissuti per più di 200 giorni dopo l'esposizione al batterio, hanno evidenziato che il batterio era stato completamente eliminato dal fegato dell'animale. "È qualcosa che nessuno aveva visto prima. Lo abbiamo sognato per anni", ha commentato il coordinatore dello studio William Jacobs che tuttavia invita alla cautela: "solo il 20 per cento dei topi sopravvive a lungo". Inoltre - cosa ben più importante - "non sappiamo se il vaccino funzionerà sull'uomo. Nonostante ciò, IKEPLUS è diverso da ogni altro vaccino individuato finora e [lo studio] è un passo significativo nello sforzo di creare un vaccino migliore contro la Tbc", ha concluso il ricercatore.

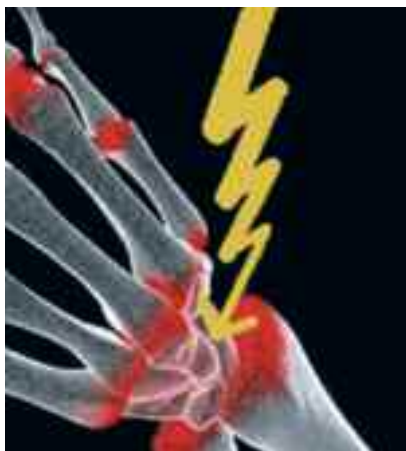
LE NEWS

Apixaban più efficace di warfarin nella prevenzione dell'ictus

Sono stati presentati in contemporanea sul *New England Journal of Medicine* e nel corso del congresso dell'European Society of Cardiology (ESC) i risultati del clinico di Fase III Aristotle, che ha valutato apixaban in uno studio di confronto con warfarin nella prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica in 18.201 pazienti affetti da fibrillazione atriale e con almeno un fattore di rischio per ictus. Il nuovo farmaco ha dimostrato la capacità di ridurre il rischio di ictus ed embolia sistemica del 21 per cento, di sanguinamento maggiore del 31 per cento e di morte dell'11 per cento rispetto a warfarin.

Artrite idiopatica giovanile sistemica: l'Ue autorizza tocilizumab

Roche ha annunciato che la Commissione Europea ha approvato l'uso di tocilizumab per il trattamento dell'artrite idiopatica giovanile sistemica nei pazienti dai due anni di età



che non hanno risposto adeguatamente a precedenti terapie a base di antinfiammatori non steroidei e corticosteroidi sistemici. Tocilizumab può essere somministrato da solo o in combinazione con metotrexato. La decisione delle autorità europee si è

LE NEWS

basata sui dati positivi ottenuti in uno studio clinico di fase III (Tender) da cui è emerso che l'85 per cento dei bambini che ha ricevuto il farmaco ottiene un miglioramento del 30 per cento dei segni e sintomi della patologia oltre all'assenza di febbre, dopo 12 settimane di terapia, in confronto al 24 per cento dei bambini che ha ricevuto placebo.

Ok dell'Ue a linagliptin per il diabete di tipo 2

La Commissione Europea ha concesso l'autorizzazione all'immissione in commercio di linagliptin (comprese rivestite da 5 mg) per il trattamento di pazienti adulti con diabete di tipo 2. Il farmaco è approvato per l'utilizzo in combinazione con la sola metformina, con metformina e sulfanilurea o in monoterapia in quei pazienti che non riescono a raggiungere un adeguato controllo della glicemia solo con la dieta e l'attività fisica e che non possono assumere metformina in quanto non tollerata o controindicata per la presenza di compromissione renale. Linagliptin 5 mg ha ottenuto l'approvazione sulla base dei risultati di un programma di studi clinici che ha coinvolto circa 6.000 pazienti adulti con diabete di tipo 2 e in cui ha dimostrato la superiorità rispetto a placebo e la non inferiorità rispetto a glimepiride.

Condroitin solfato efficace contro l'artrosi della mano

Uno studio, pubblicato su *Arthritis & Rheumatism*, si aggiunge alla numerosa messe di dati che hanno talvolta confermato e talvolta smentito l'efficacia del condroitin solfato. La ricerca - definita Facts, Finger osteoArthritis Chondroitin Treatment Study - ha coinvolto 162 pazienti che hanno ricevuto una volta al giorno per sei mesi 800 mg al giorno di condroitin solfato o placebo. I risultati

LE NEWS

hanno mostrato che i pazienti in trattamento presentavano una significativa riduzione del dolore (8,7 punti in meno sulla scala Vas). Significativo anche il miglioramento funzionale della mano (2 punti sulla scala Fihoa) così come la riduzione della rigidità mattutina.

"Il nostro studio mostra che il condroitin solfato è un trattamento efficace e sicuro per i pazienti con artrosi della mano", ha commentato la prima firmataria della ricerca Cem Gabay. "Le terapie alternative, come i Fans, forniscono un simile effetto sul dolore, ma con effetti collaterali significativamente maggiori nel lungo termine".

Rischio di aborto raddoppiato per chi prende Fans in gravidanza

Il rischio di aborto spontaneo è due volte e mezzo più alto per le donne che nel primo periodo della gravidanza assumono ogni tipo di Fans (esclusa l'aspirina) a qualunque dosaggio. È l'allarme lanciato da uno studio condotto da ricercatori dell'University of Montreal e pubblicato sul *Canadian Medical Association Journal*.

I ricercatori canadesi hanno confrontato i dati relativi all'assunzione di Fans in un gruppo di 4705 donne che avevano subito un aborto spontaneo con quelli di un gruppo di controllo di quasi 50 mila donne che avevano portato a termine con successo la gravidanza. Il rischio più elevato è stato osservato nei casi di assunzione di diclofenac, mentre quello più basso con il rofecoxib. Inoltre, il dosaggio non sembra influire sull'aumento di rischio.

"Dato che l'uso dei Fans in gravidanza è già stato associato all'aumento del rischio di malformazioni congenite e che ora il nostro studio evidenzia un effetto di classe sul rischio di aborto spontaneo, questa classe di farmaci dovrebbe essere usata con molta cautela in gravidanza", hanno concluso gli autori.

Malattia di Takayasu

di Stefano Nobili*

IL CASO

La paziente, originaria del sud est asiatico, ha 46 anni e viene visitata per la prima volta dal suo medico curante in occasione del suo trasferimento in Italia. All'anamnesi, la donna è affetta da Malattia di Takayasu, diagnosticata a 23 anni. Presenta inoltre da tempo alcune delle complicanze tipiche della malattia: ipertrofia ventricolare sinistra, stenosi aortica di grado lieve ed è stata ricoverata nel passato al suo paese d'origine per due episodi di scompenso cardiaco dovuto a fibrillazione atriale parossistica poi risolta farmacologicamente. Ancora all'anamnesi, si segnala intervento per asportazione di basalioma sottoclaveare sinistro e allergia all'ASA. Dal referto dell'ultimo ricovero presso l'ospedale del suo paese di provenienza risulta una terapia con captopril 25mg x 2, furosemide 25mg, digossina 0.125mg, ticlopidina 250mg x 2 die. All'esame obiettivo la pressione arteriosa al braccio sinistro è di 160/75 in clinostatismo e 140/70 in ortostatismo. Al braccio destro i valori sono di 130/70 in clinostatismo e 120/65 in ortostatismo. Cuore: tc aritmici con soffio di 3/6 olosistolico sull'area aortica con irradiazione carotidea. I polsi arteriosi periferici sono presenti all'arto superiore sinistro e iposfigmici al destro. Sono presenti inoltre soffi carotidei bilaterali e su aorta addominale, arterie iliache e femorali. Obiettività toracica e addominale (in riferimento agli organi splancnici) negative.

Poiché la paziente non presenta referti recenti riguardanti una valutazione specialistica, viene prescritta visita cardiologica ed esami ematochimici e urinari generali, tra i quali indici infiammatori, elettroliti, funzionalità epatica e renale, digossinemia, quadro lipidico (VES 22, PCR 1, alcune emazie nel sedimento, nella norma gli altri).

L'ECG mostra un quadro di fibrillazione atriale a risposta ventricolare di 78bpm, segni di ipertrofia ventricolare sinistra e alterazione aspecifica del tratto ST. RX del torace: aumento dell'ombra cardiaca, calcificazione dell'arco aortico e dell'aorta toracica. Ipertrasparenza dei campi polmonari alti. Ecocardiografia doppler: FE 55%, quadro di stenosi aortica lieve-moderata, ipertrofia ventricolare sinistra, lieve aumento dimensioni atrio sinistro. Holter: fibrillazione atriale a risposta ventricolare media nelle 24 ore di 78bpm con frequenza massima di 148 e minima di 48bpm. Rarissimi battiti ectopici ventricolari isolati. Alterazione persistente del tratto ST. Soggetto asintomatico. Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici: aumento della resistenza periferica vasale. Diffusi ispessimenti della parete delle arterie carotidi comuni (0.9mm) e riduzione del lume con stenosi emodinamicamente significativa del 60%. Placca stenosante (50%) all'origine della carotide interna destra, ispessimenti diffusi a sinistra. La carotide esterna destra presenta una stenosi alla sua origine emodinamicamente significativa del 60%. Arterie vertebrali pervie. Arteria succlavia destra con stenosi prossimale del 60%; arteria succlavia sinistra con placca stenosante al 30%. Ecografia aorta e vasi iliaci: aorta addominale sottorenale con diametro trasverso di 35mm a pareti marcatamente calcifiche; arterie renali con presenza di calcificazioni non stenosanti; assi iliaci con calibro regolare e pareti calcifiche. Visita oculistica e fundus oculi: normovisus; restringimento e sclerosi dei vasi arteriosi retinici. Visita reumatologica: visto il quadro strumentale, l'obiettività con una sostanziale sintomaticità soggettiva, conferma la diagnosi di Malattia di Takayasu in fase di modesta attività.

TERAPIA

Si sospende la digossina, si modifica l'ace inibitore con l'introduzione di ramipril 5mg, si introduce Warfarin sec INR, prednisone inizialmente 25mg poi graduale diminuzione fino a 5mg die, IPP per protezione gastrica; si mantiene furosemide 25mg die. In relazione alle discrete condizioni della paziente si programma controllo inizialmente a 3 mesi poi ogni 6 mesi per esami ematochimici e cardiologici e vascolari (ECG; Ecocardio, EcoTSA e vasi aortici) oltre alla valutazione periodica dell'INR. A 9 mesi dalla prima visita il quadro è sostanzialmente invariato.

COMMENTO

Nel 1905 il medico giapponese Miki-ta Takayasu descrisse le alterazioni retiniche della malattia che prende il suo nome. Può essere definita come malattia infiammatoria sistemica dei grossi vasi, di origine sconosciuta (malattia idiopatica autoimmune). In Giappone sono registrati circa 100-200 nuovi casi di malattia l'anno, con una sopravvivenza del 90% a 10 anni in fase di stabilizzazione di patologia e prognosi peggiore in presenza di complicanze quali malattia valvolare cardiaca, stroke, scompenso cc, retinopatia e ipertensione. Il sesso femminile è più interessato con un'insorgenza che varia dall'età infantile fino a quella adulta. Circa il 10% dei pazienti sono asintomatici. I criteri per la diagnosi di M. di Takayasu risalgono alla classificazione dell'American College of Rheumatology del 1990 (Arend WP et al, *Arthr Rheum*, Aug 1990; 33(8): 1129-34) e comprendono 3 o più dei seguenti: 1) inizio della malattia ad un'età di 40 anni o meno; 2) claudicatio agli arti inferiori; 3) polsi arteriosi arti superiori (mono o bilateralmente) iposfigmici; 4) differenza di almeno 10mm/Hg di pressione arteriosa tra gli arti superiori; 5) soffio succlavio (mono-bilaterale) o all'aorta addominale; 6) diminuzione del calibro o occlusione dell'aorta, delle branche principali o delle arterie di grosso calibro, secondo arteriografia. I sintomi sistemici, in estrema sintesi, interessano l'apparato cardiovascolare, neurologico, dermatologico. Gli esami ematologici della fase acuta (VES) non sono necessariamente elevati. La diagnostica stru-

mentale prevede tutte le metodiche di base riguardanti l'ambito cardiaco e vascolare fino a TC, RM, angiografia e PET. Nelle situazioni ove i criteri clinici non sono sufficienti si ricorre anche all'esame istopatologico. La terapia prevede l'utilizzo di corticosteroidi e, a secondo dei quadri, agenti citotossici quali methotrexate, azatioprina

e ciclofosfamide, fino ai prodotti anti-TNF, oltre alle terapie specifiche (nel caso specifico anticoagulanti, ipotensivi) (Maksimowicz-McKinnon K et al, Arth Rheum. Mar 2007;56(3):1000-9). La chirurgia è prevista nei casi selezionati. Da sottolineare in questo caso come la valutazione collegiale ha escluso al momento azioni interventi-

stiche anche in relazione alla letteratura dove l'eventuale angioplastica ha buoni risultati nelle piccole lesioni, mentre più controverso lo stent in quanto a risultati. Rimane da ultimo il bypass che sembra la procedura con i migliori outcomes.

*mmg, Fimmg Milano
stefanonobili@fimmg.org*

LE NEWS

Disturbi neurologici e psichiatrici per un europeo su tre

Ogni anno più di 160 milioni di persone in Europa, il 38 per cento della popolazione, soffre di un qualche disturbo psichiatrico o neurologico. Nonostante ciò, meno di un terzo di essi riceve un trattamento. A lanciare l'allarme è un report realizzato dall'European Brain Council e dall'European College of Neuropsychopharmacology. Lo studio, durato tre anni e condot-

LE NEWS

to nei 27 Stati dell'Ue oltre che in Svizzera, Norvegia e Islanda, ha evi-



LE NEWS

denziato che i disturbi più comuni sono ansia, insonnia e depressione che incidono rispettivamente per il 14, 7 e 6,9 per cento sul totale dei casi registrati.

Esorbitanti i costi economici e sociali di queste patologie. Soltanto la depressione, la demenza senile, i disordini correlati all'abuso di alcol e l'ictus, insieme, comportano più di 10 milioni di anni di vita in salute persi. Quanto ai costi, un report pubblicato lo scorso ottobre dallo stesso gruppo di ricercatori, stimava in 277 miliardi di euro i costi delle malattie psichiatriche in Europa.

C'È MOLTO DA DIRE. MA LO DICIAMO IN POCHE PAROLE.



Fibra di psyllium pura al 99%.

Contribuisce a ripristinare l'equilibrio intestinale grazie all'esclusivo effetto gelificante.

Aiuta a controllare il colesterolo.

In cinque gusti e in due formati, è la più venduta tra le fibre in polvere.

IN FARMACIA

PSYLLOGEL[®] fibra

PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza.

PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza. PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza.

PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza. PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza.

PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza. PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza.

PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza. PSYLLOGEL[®] Fibra è la fibra con la massima purezza e la massima efficacia per il disturbo gastro-intestinale più frequente: la stitichezza.

Da Nathura, integratori alimentari in perfetto equilibrio tra scienza e natura.

Noi gusti: Anice verde | Menta | Menta | Menta | Menta | Menta

NATHURA srl • Tel. 0522 8667 • www.nathura.com • nathura@nathura.com
È un prodotto che non è un medicinale. È un integratore alimentare.



NATHURA

NoniViva.Scielife



PROFIM

NO LIMITS

Software di cartella clinica, supporto decisionale, risk management e governance.

PROFIM è il software per il Medico di Medicina Generale al vertice dell'offerta nazionale.

Soluzione consolidata, evoluta, completa e sicura, ti supporta ogni giorno nella tua professione, lasciandoti più tempo a disposizione per la cura della relazione dei tuoi assistiti e più tempo per te stesso. Le cose che più contano.

PROFIM prende in carico la gestione dei dati clinici dei tuoi pazienti e li organizza nel migliore dei modi per fornire tutti i riscontri utili che ti servono per fare le giuste valutazioni. Puoi fare così solo il medico. Al resto ci pensa PROFIM.

Con PROFIM ti connetti in rete, ti integri ai sistemi informativi delle aziende sanitarie e dei vari progetti regionali di sanità elettronica, sei pronto per l'interfacciamento con il Fascicolo Sanitario Elettronico. Sei in linea con tutte le novità e gli adempimenti richiesti dal sistema salute. Senza alcun limite.

E fai anche parte del network internazionale di CompuGroup Medical, l'unico a poter contare oltre 385.000 medici clienti in 34 differenti Paesi nel mondo. Un'ulteriore garanzia di sviluppo e di comunicazione integrata.

Per migliorare la salute ed
incrementare il numero dei
pazienti soddisfatti.



Numero Verde
800.011.781

www.profimweb.it



**CompuGroup
Medical**

Synchronizing Healthcare

FARMACI

Nuove indicazioni dell'Aifa per la prescrivibilità dei farmaci ipolipemizzanti

Come cambia la Nota 13

■ ■ A fondamento delle indicazioni non più le Carte del Rischio Cardiovascolare, ma cinque fattori di

rischio, tutti riscontrabili nella pratica clinica del medico di Medicina Generale

Di Walter Marrocco*

La nuova formulazione della Nota 13 ha superato i limiti ed eliminato le incertezze della precedente versione (soprattutto relativi alla ipercolesterolemia poligenica) chiarendo che l'ipercolesterolemia costituisce l'elemento necessario per l'ammissione al trattamento rimborsabile mentre la scelta del farmaco da prescrivere è stata modulata in funzione del livello di rischio e del relativo target terapeutico.

La nuova Nota 13, che disciplina l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ipolipemizzanti, è stata rilasciata sulla base degli indirizzi della Commissione Tecnica Scientifica dell'Aifa, che ha recepito la base di una proposta pervenuta dal Gruppo di Lavoro delle Note. Il testo è stato sottoposto anche a una verifica di applicazione pratica da parte dei rappresentanti dei medici di Medicina Generale ed è stata redatta superando la tradizionale suddivisione in due parti separate (l'una comprendente i contenuti vincolanti e l'altra esplicativa della prima) a favore di una impostazione unitaria con una sezione, ben evidenziata, contenente in sintesi le indicazioni fondamentali per l'appropriatezza prescrittiva ed una parte descrittiva recante il necessario complemento scientifico e pratico per la corretta applicazione della Nota.

COSA PREVEDE LA NUOVA NOTA

Il testo è stato redatto riprendendo i

criteri delle Linee Guida della AHA/ACCe (American Heart Association) e dell'ESC/EASD (European Society of Cardiology) per il trattamento della dislipidemia e i maggiori fattori di rischio elencati nell'Adult Treatment Panel III, di recente pubblicazione.

I criteri di accesso alla terapia antidi-slipidemica prevedono una individuazione del Livello di Rischio in: Moderato, Alto, Molto Alto; secondo il rispetto dei criteri presenti nelle Linee Guida della AHA/ACCe dell'ESC/EASD per il trattamento della dislipidemia e i maggiori fattori di rischio elencati nell'Adult Treatment Panel III. I maggiori fattori individuali di rischio considerati nella linea guida interessate, secondo le indicazioni Adult Treatment Panel III per il trattamento della dislipidemia, sono:

- età > 50 anni nei maschi e > 60 nelle femmine,
- abitudine al fumo,

- pressione arteriosa sistolica > 135 e diastolica > 85, o trattamento anti-pertensivo in atto,
- bassi valori di colesterolo HDL (< di 40 mg/dl nei maschi e < di 50 mg/dl nelle femmine),
- storia familiare di cardiopatia ischemica prematura in un familiare di 1° grado (prima di 55 anni nei maschi e prima di 65 anni nelle femmine).

La scelta dei farmaci antidi-slipidemici viene invece guidata da una integrazione del livello di rischio e dal Target terapeutico del Colesterolo LDL in mg/dl sempre indicato nelle LLGG. Come è a tutti noto, la precedente Nota 13, si basava sulle Carte del Rischio Italiane, cui si è collegialmente deciso di derogare in favore delle recenti LLGG citate; è sicuramente una scelta importante specialmente perché, dopo una certa avversione da parte di molti medici, primi fra tutti i mmg, la Categoria si è in qualche modo adattata all'uso quotidiano delle Carte o del corrispondente Algoritmo.

In sintesi, ne risulta che la valorizzazione dei singoli fattori di rischio (in pratica cinque, prevalentemente clinici e rispondenti alla nostra pratica quotidiana) è sicuramente più immediata ed intuitiva, anche se la stima del rischio potrebbe essere meno accurata; mentre la scelta iniziale dei farmaci integra il livello di rischio e l'obiettivo terapeutico in termini di Colesterolo LDL. Inoltre, la possibile estensione della rimborsabilità ai pazienti a "rischio moderato" offre un'opportunità in più per il medico, cui spetta la decisione finale di chi meriti la terapia o più correttamente la sua rimborsabilità. È bene ricordare, infatti,

I PRINCIPI DELLE NOTE AIFA

- Le Note Aifa limitano la prescrivibilità/rimborsabilità di alcuni prodotti ad alcune diagnosi precise.
- In ogni caso il contenuto delle Note Aifa non modifica, né può modificare, le informazioni contenute nella scheda tecnica delle singole specialità medicinali.
- Le Note non sono Linee Guida, ma ad esse e ad altri documenti della

Letteratura Scientifica si rifanno.

- Le note Aifa non hanno valore retroattivo e quindi non incidono sui trattamenti iniziati precedentemente e fino al successivo controllo da parte del medico o della struttura specialistica.

*mmg Fimmg, membro della Commissione Tecnica Scientifica Aifa

come una Nota disciplini in fin dei conti le condizioni di rimborsabilità di un farmaco prima ancora del suo uso clinico.

La gradazione dei farmaci (1° e 2° livello) ed il rispettivo uso in funzione del livello di rischio, consente la rimborsabilità delle statine di 2° livello sin dall'inizio della terapia nel rischio molto alto (malattia coronarica cui si aggiunga una delle seguenti condizioni: multipli fattori di rischio; fattori di rischio scarsamente controllati; sindrome metabolica; diabete mellito; sindrome coronarica acuta). La rimborsabilità nel rischio alto o moderato prevede invece un primo passaggio attraverso statine di 1° livello prima di un approccio al 2° livello; questa scelta è in linea con i target di LDL da raggiungere, e con la rispettiva "forza"

delle statine disponibili.

Lì dove la dose di statine considerata ottimale non consente di raggiungere il target terapeutico atteso o nei pazienti che siano ad essa intolleranti c'è la possibilità di aggiungere l'Ezetimibe.

CONTRIBUIRE ALLA "MANUTENZIONE" DELLE NOTE

Comunque, come sempre accade, stanno arrivando una serie di Quesiti, da parte di cittadini, medici (singoli o in Associazione) per avere alcuni chiarimenti o proporre alcune modifiche. Come per circostanze precedenti, l'Aifa ritiene di raccogliere i quesiti e di sottoporli alla valutazione del Gruppo di lavoro delle Note per elaborare risposte ed eventuali correzioni, in una sorta di manutenzione continua cui tut-

ti sono chiamati a partecipare.

In sintesi, premesso che il contenuto di una Nota esprime il meglio di una serie di motivazioni di cui l'organismo decisionario deve tener conto, vorrei proporre all'Aifa, la cosa che credo più importante: valutare nel tempo l'impatto e i risultati che questa Nota, come altre sue decisioni, può avere sulla salute dei pazienti dislipidemic, sulle responsabilità cliniche dei medici e sulla sostenibilità del Ssn. In pratica, realizzare un grosso studio valutativo, nell'ambito dei programmi della Ricerca Indipendente gestita dall'Aifa, in cui la Medicina Generale possa divenire vera protagonista del sistema.

**membro della Commissione Tecnico Scientifica Aifa*

LE NEWS

I cambiamenti climatici faranno aumentare del 10% i casi di asma

Nel prossimo decennio, i cambiamenti climatici potrebbero portare a un drastico aumento delle visite in pronto soccorso per problemi connessi all'asma e le vittime principali potrebbero essere i bambini. Lo segnala uno studio condotto da ricercatori della Mount Sinai School of Medicine di New York che ha messo in relazione modelli dei cambiamenti climatici e dell'evoluzione della qualità dell'aria con le visite in pronto soccorso per asma nell'area metropolitana di New York.

In particolare, l'incremento dei livelli di ozono potrebbe portare a un aumento del 7,3 per cento del ricorso ai servizi di emergenza nei ragazzi al di

LE NEWS

sotto dei 17 anni. Lo studio è stato pubblicato nel numero di settembre dell'American Journal of Preventive Medicine.

Paura sangue infetto in Usa. I Cdc: siamo vulnerabili alla Babesia

La Babesia, un parassita dei globuli rossi, si sta trasmettendo attraverso trasfusioni di sangue infetto negli Usa. Lo sostiene uno studio coordinato dai Centers for Disease Control and Prevention che ha analizzato i dati relativi ai casi di babesiosi (o piroplasmosi) insorti a seguito di trasfusione negli ultimi 30 anni. Lo studio, pubblicato sugli Annals of Internal Medicine ha registrato 159 casi tra il 1979 e il 2009, la maggior parte dei quali (il 77 per cento) verificati-

LE NEWS

si dopo il 2000.

In assenza di dispositivi di screening, i Cdc fanno affidamento sui medici americani: "Vogliamo che i medici siano più attenti alla babesiosi e che tengano conto della piccolissima possibilità che possa essere trasmessa attraverso le trasfusioni", ha allertato Barbara Herwaldt, epidemiologa dei Cdc e prima firmataria dello studio. "Se un paziente sviluppa una febbre senza spiegazioni apparenti o un'anemia emolitica, la babesiosi deve essere considerata una possibile causa".



AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625
Telefax 06.54896645

Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani
e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo

Direttore Responsabile
Michele Olivetti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Editore
Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Donatella Alessio, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti, Bruno Cristiano,
Paolo Giarrusso, Dario Grisillo, Ester
Maragò, Malek Mediaty,
Antonino Michienzi, Stefano Nobili,
Mariano Rampini, Giovanni
Rodríguez, Guido Sanna, Mauro Ucci

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Foto
Fabio Ruggiero

Stampa
Tecnostampa
Via Le Breccie - 60025 Loreto (An)
Finito di stampare
nel mese di settembre 2011
Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003

Testata associata a



Editore



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

