



AVVENIRE MEDICO

ATTUALITÀ La seconda Conferenza nazionale della Professione medica / 6

ATTUALITÀ Il nodo della formazione specialistica in medicina generale / 7

SCIENZA L'infezione da Helicobacter Pylori in Medicina generale / 19

SPECIALE L'AUTOVALUTAZIONE PROFESSIONALE: IL PICENUM STUDY / I-VIII



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

10-10

N. 10 - 2010

MENSILE XLVIII ANNO

EDITORIALE

Necessità del cambiamento e politica delle alleanze



Sono momenti questi che non permettono lunghe pause. Non mi limiterò quindi a trasmettere ai medici di famiglia e ai lettori di questa rivista un semplice messaggio augurale.

A poche settimane dalla chiusura della seconda Conferenza nazionale della professione medica, che ha visto riunite su iniziativa della Fnomceo tutte le più importanti associazioni del mondo medico per condividere proposte innovative e riaffermare insieme i valori della professione, più che mai sentiamo la necessità di testimoniare al mondo politico e istituzionale il progredire di un percorso di alleanze fra le varie componenti della nostra professione: individuati e condivisi gli obiettivi fondamentali, oggi i medici, uomini e donne, rivendicano la propria autonomia e si sottraggono alla logica che li ha sempre voluti strumento di altri poteri politici ed economici. Questa "politica delle alleanze", certamente favorita dal progressivo esaurimento della pletora medica, è anche strategicamente perseguita dagli Ordini e dalle altre organizzazioni mediche e rappresenta la migliore tutela della professione rispetto alle complesse dinamiche politiche che hanno caratterizzato il nostro paese da qualche decennio.

Navighiamo in una tempesta di incertezze, con un quadro politico e istituzionale caratterizzato da una instabilità che non ha precedenti e che non mostra una prospettiva di soluzione in tempi brevi. Gli effetti della crisi economica mondiale del 2008 si faranno ancora sentire nel medio periodo e in assenza di stabilità economica è difficile sperare di trovare stabilità politica. Senza cedere al fatalismo cercheremo, in ogni condizione, di continuare al meglio il programma di lavoro che ci siamo dati, con l'obiettivo di tutelare e far crescere la medicina generale.

La crisi economica e i problemi di sostenibilità del Ssn stanno imponendo una sempre maggiore attenzione verso l'assistenza primaria e, malgrado il blocco degli Acn dei prossimi tre anni, le regioni dovranno ristrutturare i loro servizi sanitari per contenere la spesa, cercando di sviluppare maggiore assistenza territoriale. In questo quadro, crediamo che l'azione del Sindacato nel triennio a venire debba svilupparsi su tre direttrici fondamentali:

- raccogliere i risultati degli ultimi quattro anni di politica del cambiamento, arrivando ad una legge che introduca l'accesso e il ruolo unico, la ristrutturazione del compenso e il lavoro di squadra;
- coordinare le politiche sindacali regionali

per evitare che si realizzi una frammentazione della medicina generale;

- definire nuovi contenuti di politica sindacale orientati a procurare alla medicina generale gli investimenti necessari al suo sviluppo.

In questo momento, tutelare gli interessi dei medici di medicina generale significa fondamentalmente perseguire il miglioramento delle condizioni di lavoro, oggi decisamente umilianti sul piano professionale, garantire il miglior trattamento possibile per chi fra qualche anno andrà in pensione e offrire ai colleghi, appena entrati o che entreranno nel breve nell'assistenza primaria, una prospettiva professionale interessante e gratificante da tutti i punti di vista. Obiettivi questi strettamente correlati fra loro, che non possono essere visti separatamente. È importante che tutti i colleghi comprendano la necessità del cambiamento: senza un cambiamento strutturale importante, il potere negoziale economico della categoria è destinato a ridursi sempre di più, confermando la tendenza che dura ormai da oltre 20 anni. La Fimmg è pronta.

Giacomo Milillo
Segretario nazionale Fimmg

Si è svolta a Roma la seconda Conferenza nazionale della professione medica

La formazione medica, oltre l'Università

■ ■ Un appuntamento non rituale per chiudere l'anno dedicato al Centenario dell'istituzione dell'Ordine dei medici: Fnomceo e sindacati medici si confrontano sulle criticità del percorso formativo, partendo dal rischio di una prossima carenza di medici in Italia e mettendo in discussione molti aspetti della realtà universitaria

Il dato di partenza è allarmante: oggi in Italia sono attivi 115mila medici che hanno tra i 51 e i 59 anni e che quindi tra dieci o quindici anni andranno in pensione. Questo, declinato per tipologie, vuol dire che mancherà il 62% dei medici di famiglia, il 58% dei pediatri di libera scelta, il 55% degli specialisti ambulatoriali convenzionati e il 48% dei medici dipendenti dai Servizi Sanitari Regionali e dalle Università.

Questo significa che qualcosa nella programmazione del percorso formativo dei giovani medici non ha funzionato e dunque occorre intervenire al più presto. E intorno a questo nodo si è ragionato nel corso della seconda Conferenza nazionale della Professione medica, svoltasi a Roma il 2 e 3 dicembre scorsi sotto il titolo *La qualità professionale per la qualità delle cure*. Perché l'emergenza formativa non può avvenire a danno della qualità, come ha spiegato in apertura il presidente della Fnomceo **Amedeo Bianco**: "La moderna formazione di un medico è una complessa 'costruzione' educativa, culturale, tecnico-scientifica, che ha ampi risvolti civili e sociali e rispetto alla quale occorre condividere le responsabilità, le esperienze, le intelligenze e le competenze di tutti i soggetti, vecchi e nuovi, con il fine ultimo di tutelare la centralità dei diritti del cittadino sano e malato". Una

prospettiva condivisa dal ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, che ha partecipato alla prima giornata di lavori, ricordando i "progetti comuni" condivisi con la Federazione (a cominciare

dalla riforma degli Ordini) e sottolineando "l'importanza di formare alla qualità delle cure i giovani medici".

Alla Conferenza hanno partecipato molti esponenti della Fimmg, con una forte condivisione del sindacato ai temi proposti, come scrive **Giacomo Milillo** nell'editoriale che apre questo numero di *Avvenire Medico*.

A conclusione dei lavori è stato approvato un "Documento di consenso" che affronta tutti i diversi aspetti della formazione in medicina, formulando diverse proposte, molte delle quali chiedono un ridimensionamento del ruolo delle Università. Quattro i nodi essenziali: la determinazione dei fabbisogni formativi; l'accesso alla formazione di base (test d'ingresso); la formazione specialistica e di specialità, che per essere più professionalizzante deve passare per i servizi sanitari regionali; gli esami di abilitazione.

DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO

La richiesta è di superare "gli attuali criteri di determinazione dei limiti dell'offerta basati su un generico calcolo delle capacità formative delle Facoltà Medi-

segue a pag. 8 ►

LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Estratto dal documento conclusivo della seconda Conferenza nazionale della Professione Medica

In Europa ed anche nel nostro paese, la formazione specifica in medicina generale è oggetto di profonde riconsiderazioni essendo largamente condiviso l'opportunità di un riconoscimento come titolo specialistico sulla base di una sua precisa identità di corpus cognitivo e di procedure clinico assistenziali.

Non si tratta solo di riconoscere pari dignità culturale e quindi formativa ad una specifica pratica professionale ma cogliere la straordinaria opportunità che lo stesso processo formativo si faccia carico di porre le basi culturali e professionali per quella integrazione tra cure specialistiche e cure primarie, oggi ritenuta una risposta efficace alla necessità di garantire quella continuità assistenziale che, nel mutato contesto epidemiologico, può ottimizzare risorse e mantenere al centro delle diverse competenze i bisogni del paziente.

Scuole Regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale e Scuole di Specialità possono, attraverso opportune convenzioni, individuare attività integrate di reciproco insegnamento ed ap-

prendimento di docenti e discenti, di strutture, di metodologie e obiettivi formativi nei tronchi comuni del primo biennio a cui attribuire crediti per poi divergere nei successivi percorsi negli anni successivi da dedicare prevalentemente ad attività professionalizzanti nelle specifiche discipline.

Per sostenere questa prospettiva di Formazione Specifica in Medicina Generale, è necessario che le Regioni assumano la piena responsabilità di sostenere un modello che integri l'aprendimento nell'assistenza, strutturando l'offerta formativa e la rete delle attività professionalizzanti, parificando i trattamenti economici iniziali oggi diversificati e regolamentando l'attività assistenziale dei medici in formazione specifica nel rispetto del percorso formativo, attraverso opportune forme di contratti a termine in materia di retribuzione, tutele prevido-assistenziali e assicurative.

Anche in questo ambito è comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti, siano effettivamente svolte e valutate e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Ordini Professionali, Società medico-scientifiche accreditate del settore) in collegamento funzionale con l'Osservatorio Nazionale.

► segue da pag. 6

che, prevalentemente parametrize sul numero dei posti letto a direzione universitari”, riuscendo invece a “individuare ed applicare nella programmazione degli accessi una serie di indicatori di fabbisogni sulla base di standard sugli effettivi bisogni assistenziali futuri e delle correlate competenze specialistiche, di domanda e capacità occupazionale del sistema sanitario nel suo complesso”.

ACCESSO ALLA FORMAZIONE DI BASE

Una dettagliata analisi compiuta sui risultati dei test d'ingresso alle Facoltà di Medicina, mostra molte incongruenze. In estrema sintesi, se a Milano il punteggio minimo da conseguire per poter procedere all'immatricolazione è stato quest'anno di oltre 45/80, ci sono Atenei dove si accede con poco più di 30/80. Una palese “incoerenza”, soprattutto se si considera che i test sono uguali per tutto il territorio nazionale. Per rendere più trasparente la selezione e per garantire che siano davvero gli studenti migliori ad entrare, il documento propone di inserire la valutazione del profitto negli studi superiori, l'avvio di attività di counselling da parte degli Ordini provinciali e la sperimentazione di graduatorie per il 70% su base locale e per il 30% su base nazionale, sugli esclusi da quelle locali. Una proposta che si accompagna a quella di istituire borse di studio per i più meritevoli, anche per rendere meno gravoso per le famiglie lo spostamento in altre sedi universitarie.

FORMAZIONE SPECIALISTICA E DI SPECIALITÀ

L'attuale sistema di formazione specialistica presenta diverse criticità, che il documento conclusivo della Conferenza riassume testualmente in:

- una sostanziale indifferenza dell'offerta formativa di specialisti alla rivoluzione demografica ed epidemiologica in atto;
- un insufficiente sviluppo delle attività professionalizzanti, del tutto evidente nel passaggio alla gestione autonoma delle competenze;
- un ingresso nel mondo del lavoro molto più in ritardo rispetto ai colleghi europei con l'impossibilità di costruire prima dei 70 anni il massimo pensionistico, salvo il riscatti degli anni e/totalizzazioni degli anni formativi, particolarmente onerosi;

- un sostanziale confinamento dei 25.000 medici in formazione specialistica all'interno delle unità operative a direzione universitaria che già oggi manifestano difficoltà a garantire volumi e tipologie di casistiche disponibili per l'expertise di ciascun specializzando così come previste dall'ordinamento;
 - la scarsa applicazione della riforma curriculare che prevede l'articolazione dei Crediti Formativi in un tronco comune biennale per aree omogenee e la prevalenza delle attività professionalizzanti nel triennio successivo.
- La via d'uscita proposta è quella di spostare parte della formazione sui servizi sanitari, estendendo e innovando “le attività professionalizzanti nelle reti formative dei Ssr (ospedali, presidi e strutture di insegnamento)”.
- Per la formazione specifica in Medicina Generale, già oggi realizzata a livello regionale, la richiesta è che “le Regioni assumano la piena responsabilità di sostenere un modello che integri l'apprendimento nell'assistenza, strutturando l'offerta formativa e la rete delle attività professionalizzanti, parificando i trattamenti economici iniziali oggi diversificati e regolamentando l'attività assistenziale

dei medici in formazione specifica nel rispetto del percorso formativo, attraverso opportune forme di contratti a termine in materia di retribuzione, tutele prevido-assistenziali e assicurative”.

ESAMI DI STATO ABILITANTI

Attualmente le Commissioni esaminatrici sono prevalentemente, se non esclusivamente, costituite da docenti universitari. La proposta della Conferenza della professione medica è quella di una modifica negli strumenti valutativi e nella composizione. “L'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) – si legge nel documento – va accompagnata, in coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali, da una modifica della Commissione di esame, dovendo in prospettiva compiutamente configurare e sostanziare una terzietà valutativa rispetto alle istituzioni formative”.

Il testo integrale del documento è disponibile sul portale www.fnomceo.it

E.A.

Avvicendamento alla presidenza Fimmg: una rettifica

Riceviamo e volentieri pubblichiamo.

Caro Direttore,

Nella nota pubblicata a pag. 6 di *Avvenire Medico* n. 9/2010, nel citare i motivi dell'avvicendamento Stella/ Zingoni alla carica di Presidente, si dà una interpretazione non conforme dell'art. 3 comma 6 dello Statuto, ed in particolare dell'elettorato attivo e passivo dei medici pensionati.

La norma statutaria infatti recita che i medici di medicina generale che cessano l'attività per pensionamento, possono mantenere l'iscrizione alla Fimmg, come pensionati, “... e mantengono tutti i diritti di elettorato attivo e passivo previsto dallo Statuto; comunque la loro presenza negli organismi statutari elettivi a livello nazionale, regionale e provinciale non può superare il venti per cento del numero dei membri previsti in ciascuno dei detti organismi...”.

L'avvicendamento alla carica di Presidente non è stato dovuto quindi ad incompatibilità statutaria, ma alla mancata ricandidatura, per motivi personali, del Presidente uscente.

È evidente che il riferimento è agli organismi collegiali, essendo problematica l'individuazione del 20% di un Organo monocratico come quello della Presidenza.

Con viva cordialità

Stefano Zingoni

La mozione finale del Consiglio nazionale Fimmg del 2 dicembre 2010

Il Consiglio nazionale della Fimmg riunito a Roma in data 2 Dicembre 2010 presso l'Hotel NH Villa Carpegna in Roma, sentita la relazione del Segretario Generale Nazionale Giacomo Milillo sulla situazione politico sindacale attuale e sul necessario perseguimento della Ri-Fondazione della Medicina Generale, la, **approva.**

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

ribadisce

la necessità di proseguire il dialogo con tutte le Organizzazioni sindacali e scientifiche del mondo medico, nonché con gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, nel rispetto della disponibilità e degli specifici ruoli di ciascuno, al fine di individuare e perseguire obiettivi di comune interesse della professione ed a tal fine

dà mandato

al Segretario ed alla Segreteria nazionale di partecipare alla Seconda Conferenza della Professione Medica che si terrà a Roma il 3 Dicembre p.v. e di contribuire alla stesura del documento di consenso che in quella sede sarà proposto e presentato alle autorità istituzionali.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

esprime apprezzamento

per l'impostazione data alla parte relativa allo sviluppo delle Cure Primarie nella bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

afferma

il ruolo di riferimento e di indirizzo del Sindacato Nazionale, pur in una prospettiva di decentramento fiscale e amministrativo sempre più spinti, che trova concreta realizzazione nell'impegno di tutti a rispettare le linee politiche di indirizzo e le decisioni assunte a maggioranza negli organi collegiali nazionali, dopo adeguato dibattito ispirato alla massima libertà di opinione e di espressione ed

individua

nei Segretari Regionali e Provinciali, nelle rispettive competenze, le persone che sono impegnate a diffondere ai dirigenti periferici le specifiche linee di politica sanitaria condivise negli organi deliberanti della Fimmg e rappresentate dal Segretario Generale e dall'Esecutivo nazionale, al fine di favorirne la promozione e la realizzazione.

ed individua,

quale obiettivo del pronunciamento unitario, la riaffermazione della dignità e dell'autorevolezza della professione. Il Consiglio nazionale della Fimmg, quindi,

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

preso atto

dell'emendamento al Decreto Brunetta, fatto proprio dalla maggioranza di Governo, finalizzato a:

- risolvere definitivamente l'inappropriata espressione che vincolava il medico a non certificare diagnosi non direttamente constatate né obiettivamente documentate, riportando l'atto ai criteri di buona pratica clinica;
- attribuire inequivocabilmente la gestione delle sanzioni per il doloso mancato invio telematico del certificato di malattia alle procedure disciplinari contenute nei contratti e nelle convenzioni;
- a conservare il canale della certificazione cartacea come alternativa di riserva all'impossibilità dell'invio telematico;

dà mandato

al Segretario e all'Esecutivo nazionale di programmare l'interlocuzione con la Parte Pubblica al fine di ottenere un'ulteriore proroga dell'inizio della fase sanzionatoria, la simmetria con la dipendenza, la validità del cartaceo nella condizione d'impossibilità di invio telematico e nella domiciliarità, ed infine la definizione delle specifiche procedure disciplinari contenute nei Contratti e nelle Convenzioni.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

dà mandato

al Segretario Generale nazionale e all'Esecutivo nazionale di approfondire la compatibilità dei progetti delle Centrali Cooperative in tema di Assistenza Primaria rispetto agli indirizzi di politica sanitaria della nostra Associazione, in particolare nella strutturazione di consorzi che comprendano società cooperative di altre professionalità e con il primario interesse di poter avvicinare il mondo del sistema creditizio all'esigenza di finanziamento dei nostri fattori produttivi.

Il Consiglio nazionale della Fimmg

sentita la comunicazione delle decisioni della Segreteria nazionale sulla individuazione e conferma di specifici ambiti operativi e dei loro responsabili, la

condivide

Il Consiglio nazionale della Fimmg

in vista delle prossime elezioni per il rinnovo del Comitato d'Indirizzo della Fondazione Onaosi,

individua

nell'ordine quali componenti della Lista Fimmg i colleghi Umberto Rosa, Mauro Ucci, Bruno Cristiano, Fiorenzo Corti e Graziano Conti.

Il Consiglio nazionale della Fimmg

sentita la relazione del Segretario Amministrativo, Mauro Ucci, sulla delibera economico-amministrativa in materia di criteri di rimborsi e della entità delle indennità dei Dirigenti Nazionali, che si allega, la

approva.

Il Consiglio Nazionale della Fimmg

registra

le criticità evidenziate per la Polizza Sanitaria Enpam riguardanti l'incremento dei premi corrisposti dagli iscritti, a fronte di una ben difficile sostenibilità della gestione finanziaria della stessa Polizza.

Approvata all'unanimità

*Si è svolto a Firenze il 27°
Congresso della Simg*

Mettere le ali alla medicina generale

di Paolo Giarrusso

"Mettere le ali alla medicina generale". È questo il messaggio che Claudio Cricelli ha voluto mandare al ministro Ferruccio Fazio nel suo intervento al 27° Congresso nazionale della Simg. Cricelli, dopo aver passato in rassegna l'attività svolta dalla Simg in tutti questi anni, ha evidenziato come alcune certezze di oggi (informatica, misurazione della attività professionale, qualità, etc.) siano state per anni proposte dalla Simg, ma guardate con sospetto e solamente nell'ultimo periodo fatte proprie dalla professione (e neanche da tutta la categoria, viste le resistenze che la nostra associazione professionale incontra ogniqualvolta si presenti una qualsiasi novità) e ora finalmente inserite anche nella bozza del Piano sanitario nazionale 2011-2013. Nel nuovo Psn infatti diviene necessario, ha sottolineato Cricelli, "un aumento dell'efficienza senza precedenti, un processo che mira ad ottimizzare le risorse del 25% rispetto

alla allocazione attuale". In altre parole, si tratta di ricercare risorse da investire migliorando l'efficienza ed eliminando sprechi e sovrapposizioni, spostando risorse dall'ospedale al territorio. "In questo processo – ha continuato il presidente della Simg – la medicina generale non teme confronti: con gli strumenti che oramai ha in uso la maggior parte dei mdg, va misurata anche la salute che produciamo con una misurazione degli outcome. La bozza del nuovo Psn finalmente recepisce alcune di queste proposte e per questo il nostro giudizio appare positivo, ma si dovranno vedere i fatti in pratica. Anche perché è necessario accogliere altre esigenze della medicina generale quali lo snellimento della burocrazia, l'abolizione dei piani terapeutici, la completa responsabilità dei singoli prescrittori, l'informazione obbligatoria sui nuovi farmaci, etc". Proprio per questo appare indispensabile, ha concluso Cricelli "mettere le ali alla medicina generale che fino ad ora ha di-

mostrato di essere l'unica categoria medica trasparente e misurabile in tutta la sua attività".

L'intervento del ministro Fazio è iniziato con una confessione: "oggi so di medicina più di quanto sapevo nel passato, infatti la mia attività professionale mi aveva impedito di comprendere a fondo l'attività del medico di famiglia, non mi faceva cogliere in pieno l'importanza di avere un medico di famiglia che sapesse gestire i codici bianchi o verdi, di un medico di famiglia che sappia accogliere, seguire nella terapia, e anche negli ospedali, il proprio paziente". "L'elaborazione del Psn proposto tiene conto di queste considerazioni", ha concluso Fazio, non mancando però di sottolineare che programmi come SSISS o MilleGPG portano un contributo importante al miglioramento dell'efficienza del Ssn. Quindi, riguardo alle certificazioni on line, il ministro ha ribadito che finché la rete non sarà messa completamente a punto non ci potranno essere sanzioni per i mmg anche se i prossimi steps dell'innovazione sono da ricercare nelle telemedicina semplice, nella ricetta elettronica, in una efficace ristrutturazione della rete dell'emergenza-urgenza, anche perché in ogni caso la riconversione degli ospedali non potrà avvenire se prima non siano organizzate nel territorio le soluzioni alternative. Per queste attività il ministro Fazio ha annunciato che chiederà ufficialmente l'aiuto delle più importanti Società scientifiche della medicina come consulenti del Ministero.

In definitiva un altro piccolo passo in avanti per il pieno riconoscimento della medicina generale come fulcro centrale del nostro Ssn.

LE NEWS

Gli italiani mangiano ancora "all'italiana"?

Il 34,2 per cento degli italiani è in sovrappeso e il 9,8 per cento è francamente obeso. Un problema che non risparmia l'infanzia: anzi. Quasi 1 bambino su 3, tra i 6 e gli 11 anni (ol-

LE NEWS

tre 1,1 milioni), ha problemi legati all'indice di massa corporea e al giro vita.

Partendo da questi dati, i Laboratori di Ricerca dell'Università Cattolica di Campobasso con il contributo di Barilla stanno per dare il via a un ampio programma di monitoraggio delle abitudini alimentari degli italiani. Si chiamerà Osservatorio INHES e, attraverso un'indagine telefonica condot-

LE NEWS

ta su un campione di 13 mila italiani di entrambi i sessi con più di 6 anni, cercherà di comprendere se le abitudini a tavola degli italiani sono ancora coerenti con il modello alimentare mediterraneo o se la nostra popolazione sta perdendo il "vantaggio" nelle prevenzione di obesità, malattie cardiovascolari e tumori che le sue tradizioni alimentari avevano finora garantito.

Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

L'amore e la follia

■ ■ Si racconta che una volta, tanto tempo fa, tutti i sentimenti, le qualità e difetti dell'uomo si riunirono. Dopo che la Noia ebbe sbadigliato per l'ennesima volta, la Follia propose di giocare a nascondino. La Curiosità chiese: "A nascondino?.. e come si fa?". "E' un gioco - spiegò la Follia - io mi copro gli occhi e comincio a contare fino a un milione, voi nel frattempo vi nascondete e quando non c'è più nessuno in giro ed io ho finito di contare, il primo di voi che trovo si mette a contare al posto mio". L'Entusiasmo ballò, seguito dall'Allegria e dall'Euforia e fecero tanti salti che finirono per convincere il Dubbio e l'Apatia che non aveva voglia di fare nulla. Ma non tutti vollero partecipare: la Verità pre-

ferì non nascondersi, la Superbia disse che era un gioco molto sciocco e la Codardia preferì non rischiare. "Uno due tre...", iniziò a contare la Follia. La prima a nascondersi fu la Pigrizia che si nascose dietro la prima pietra incontrata sul cammino. La Fede salì in cielo e l'Invidia si nascose dietro l'ombra del Trionfo che era riuscito a salire sulla cima dell'albero più alto. La Generosità invece non riusciva a nascondersi, perché ogni posto trovato lo lasciava ai suoi amici. Un lago cristallino? Ideale per la Bellezza. Un cespuglio? Perfetto per la Timidezza. Un soffio di vento? Ideale per la Libertà. Finché la Generosità non decise di nascondersi dietro un raggio di sole. L'Egoismo invece prese il posto migliore tutto per lui. La Bugia si nascose, ma veramente non si sa do-



ve. La Passione e il Desiderio si nascondono dentro un vulcano e la Dimenticanza, davvero non ce lo ricordiamo! Quando la Follia finì quasi di contare, l'Amore non aveva ancora trovato un posto dove nascondersi, finché non vide un roseto e decise di nascondersi lì tra le bellissime rose. "UN MILIONE!!!!", disse la Follia cominciando a cercare i suoi amici. Trovò per prima la Pigrizia, poi la Fede, poi ancora la Passione e il Desiderio che

aveva sentito ardere dentro il vulcano. Trovò poi l'Invidia, che si era nascosta nello stesso posto del Trionfo. Camminando verso il lago trovò la Bellezza e il Dubbio, che non aveva ancora deciso dove nascondersi. E poi uno dopo l'altro incontrò tutti gli altri eccetto l'Amore. La Follia iniziò a cercarlo nel bosco, sulla cima degli alberi, tra le montagne.... Quando fu sul punto di darsi per vinta, vide il roseto e incominciò a muovere i rami, ma all'improvviso si udì un doloroso grido: le spine avevano ferito negli occhi l'Amore. La Follia non seppe cosa fare e come chiedergli scusa. Pianse, pregò, implorò e chiese perdono. Da allora, da quando per la prima volta sulla terra si giocò a nascondino, l'Amore fu cieco e la Follia non lo lasciò mai più.

a cura di Bruno Cristiano

ENP NISBA - CLORIDRATO DI DIAZEPAM - MANCANTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

più gravi, i sintomi possono includere affaticamento, ipotensione, depressione respiratoria, raramente coma e molto raramente morte. Il "Tranazepam" può essere utile come anestetico.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche Categoria farmacoterapeutica: Ansiolitico. Codice ATC: N05BA. I diazepam, al pari di altre benzodiazepine, possiede attività anestetica, ipnotica, miorilassante e anticonvulsivante. Studi di farmacodinamica hanno dimostrato che la presenza dell'atomo di cloro in posizione 7 del fene del diazepam rende la molecola relativamente più attiva rispetto ad altre benzodiazepine. Il diazepam ha dimostrato una elevata attività per i recettori cerebrali specifici (0,1,3±0,1 nM).

5.2 Proprietà farmacocinetiche I diazepam e ben assorbito dopo somministrazione orale e il tempo di picco ematico per la formulazione compresse (1 mg) è di 1,5 ore, mentre per le gocce (pari a 1 mg) è di 45 min. Le concentrazioni ematiche corrispondenti al picco sono 12 ng/ml per la formulazione compresse (1 mg) e 14,5 ng/ml per le gocce (pari a 1 mg). La biodisponibilità delle forme orali, compresse e gocce, è rispettivamente 87% e 81,3% del valore ottenuto per via endovenosa. L'emivita di eliminazione varia in relazione all'età. Negli adulti l'emivita di eliminazione risulta essere mediamente di 99,7 ore (-22,3) per le compresse e 99,9 ore (-19,7) per le gocce dopo somministrazione di una dose da 1 mg. Nei bambini di età compresa fra i 7 mesi e 12 anni la dose totale (gocce) di 30 g/kg mostra un'emivita di eliminazione di 40 ore nei bambini di 7 mesi, 27 ore nei soggetti di età compresa fra i 2 e i 3 anni e di 34 ore in bambini di età superiore. Il diazepam può essere pertanto classificato tra le benzodiazepine a lunga emivita. La clearance totale media dopo somministrazione orale di 2 mg è 0,11 ml/min/kg nel volume totale apparente di distribuzione è di 0,94 l/kg. Uno studio effettuato su pazienti con ridotte capacità di somministrazione di 0,5 mg di clonazepam 2 volte al giorno ha dimostrato che la concentrazione allo steady state viene raggiunta dopo circa 20 giorni. Il tempo per raggiungere le concentrazioni allo steady state può essere ridotto aumentando la frequenza di somministrazione. La somministrazione dei diazepam con il cibo rallenta la velocità di assorbimento del farmaco senza modificare la quantità di dose assorbita rispetto alla condizione di digiuno. In pazienti con alterazione della funzionalità epatica è stato osservato un assorbimento di diazepam relativamente più lento con una maggior biodisponibilità (82%) e una maggiore frazione libera della molecola. La degradazione metabolica del diazepam avviene per ossidazione in posizione 3 con formazione di 3-OH-diazepam. Il maggiore metabolita farmacologicamente attivo è il glucuronide del 3-OH-diazepam; sono inoltre presenti altri metaboliti minori

in attivi. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** I valori di tossicità acuta espressi come DL50 dopo somministrazione per os nel topo e nel ratto sono risultati rispettivamente pari a 1100 mg/kg e 2000 mg/kg. La tossicità cronica è stata studiata somministrando per 100 giorni il principio attivo per via orale nel ratto (0,2-2 mg/kg/die) e nel cane (0,150 mg/kg/die). Dall'insieme dei dati ottenuti si può concludere che il diazepam è ben tollerato. Studi esogeni somministrando per os il farmaco, per 104 settimane, ai ratti Sprague-Dawley con dosaggi di 0,15, 1,20 e 9,60 mg/kg/die, hanno dimostrato che il principio attivo non possiede proprietà cancerogene, né incrementa la frequenza di incidenza di tumori spontanei. Test in vivo hanno escluso che il farmaco possiede proprietà mutagene.

6. INFORMAZIONI FARMACELTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti: EN 0,5 mg Compresse Amido di mais, gelatina, lattosio, magnesio stearato, talco. EN 1 mg Compresse Amido di mais, colorante E 127, gelatina, lattosio, magnesio stearato, talco. EN 2 mg Compresse Amido di mais, colorante E 110, gelatina, lattosio, magnesio stearato, talco, Ascarol depurato, ascorbati E.C., glicerali N, glicerina E.C., glicole propilenico E.C., acido caproico E.C. **6.2 Incompatibilità** Non sono noti altri incompatibilità.

6.3 Validità 5 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Nessuna speciale precauzione per la conservazione. **6.5 Natura e capacità del contenitore** Astuccio contenente un blister (alluminio / PVC) di 20 compresse da 0,5 mg. Astuccio contenente un blister (alluminio / PVC) di 20 compresse da 1 mg. Astuccio contenente un blister (alluminio / PVC) di 20 compresse da 2 mg. Astuccio contenente un flacone contagocce in vetro, con chiusura a "prova di bambino", contenente 20 ml di soluzione. **6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione - Compresse** Nessuna. **Gocce orali, soluzione - Flacone con chiusura a "prova di bambino"** Per aprire premere la capsula sul flacone e contemporaneamente intorcerlo normalmente. Per chiudere risalire la capsula fino in fondo.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO: ABBOTT S.r.l. - 04010 CAMPOVERDE (LT)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

20 compresse da 0,5 mg - A.I.C. n. 023589015

20 compresse da 1 mg - A.I.C. n. 023589309

20 compresse da 2 mg - A.I.C. n. 023589304

Flacone contagocce da 20 ml - A.I.C. n. 023589307

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Prima autorizzazione: 24.02.1978. Rinnovo autorizzazione: 01.06.2010

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO: Dicembre 2009

EN 0,5 mg Compresse 20 ml - € 0,90 - CLASSE C-RR

EN 0,5 mg 20 cps - € 0,70 - CLASSE C-RR

EN 1 mg 20 cps - € 0,90 - CLASSE C-RR

EN 2 mg 20 cps - € 10,30 - CLASSE C-RR



Cassa Galeno

L'impegno continua

Prosegue il nostro viaggio alla scoperta della Cassa Mutua cooperativa, realizzata da una su misura per i medici e le loro famiglie

di Angelo Sabani



Abbiamo scritto più volte sull'originale ispirazione della Cassa Galeno, che non è un'assicurazione. Non ha clienti ma Soci che possono decidere di personalizzare liberamente il ventaglio delle prestazioni che vengono offerte. Ricordiamo che non si versa un premio assicurativo ma una quota associativa che garantisce tutta la famiglia. Ogni socio partecipa alla gestione della Cassa e la controlla nelle assemblee annuali e nelle elezioni del Consiglio di Amministrazione. Mutualità, Solidarietà, Autogestione, Personalizzazione e Convenienza, queste le parole chiave di Galeno, la Cassa autonoma di previdenza e Assistenza integrativa creata dai medici per i medici. Galeno offre ai propri associati una tutela globale: assistenza sanitaria, tutela per la invalidità e premorienza, previdenza integrativa e fondo di solidarietà a sostegno delle situazioni più difficili della vita familiare.

Grazie alla forza collettiva di più di 12.000 assistiti, il risparmio per le prestazioni che la Cassa prevede, arriva a toccare una media del 40% rispetto ai costi di mercato.

Vogliamo ora offrire un piccolo esempio della peculiarità della Cassa, rispetto alle molteplici e multiforme offerte di tutela da parte degli altri prodotti assicurativi presenti sul mercato, accennando sinteticamente al Piano Cent'Anni. Con questo programma, il socio può usufruire dall'assistenza sanitaria per tutta la vita, senza timore di ricevere disdetta o di vedersi applicare restrizioni alle garanzie.

Tale limitazione è, infatti, il costante problema dei rapporti tra assicurato e assicuratore ed è stato, da sempre, il principale timore di un sistema sanitario basato sul principio dell'Assicurazione privata.

Galeno ha superato questo problema. In più Galeno premia la fedeltà, fornendo agli assistiti con 25 anni di apparte-

nenza alla Cassa l'assistenza sanitaria gratuita dal 70° anno di età in poi, naturalmente ciò significa che viene applicato uno sconto a chi non ha raggiunto tale traguardo proporzionale alla sua anzianità di socio.

Proseguiamo ancora con un'altra offerta di Galeno per la tutela della professione. Chi, meglio dei Medici conosce le problematiche di una possibile conflittualità con il proprio paziente? Oggi le richieste di indennizzo cominciano a denunciare un sensibile incremento anche in campi, come la Medicina Generale, fino ad ora relativamente "risparmiati" dal contenzioso megale. I medici che amministrano la Cassa sono riusciti, attraverso il confronto con gli esperti del ramo, a trasferire tali problematiche in una garanzia di copertura gratuita della responsabilità professionale per le somme dovute oltre € 516.000 e fino a un massimale di € 2.065.000 per la medicina generale convenzionata, la continuità assistenziale, la pediatria di libera scelta e la dirigenza medica territoriale.

Arrivederci alle prossime tappe del nostro viaggio alla scoperta di Galeno.

Cassa Galeno vicino ai colleghi veneti colpiti dall'alluvione

L'alluvione che ha colpito il Veneto, causata dall'intensa pioggia (50 centimetri caduti in meno di 24 ore) combinata con un caldo improvviso che ha sciolto le nevi in quota e dal libeccio che ha ostacolato il normale defluire dei corsi d'acqua verso il mare, ha trasformato in immensi laghi d'acqua e fango intere città (come Vicenza) e campagne. In questa situazione emergenziale, molti colleghi medici sono rimasti senza strumenti di lavoro a causa di studi invasi dall'acqua e attrezzature e vetture distrutti o resi inutilizzabili dal fango. Galeno non



mostrare di essere sempre vicina ai propri associati in difficoltà: soci tra i soci.

poteva non rispondere alle richieste d'aiuto dei propri soci. Il consiglio direttivo ha quindi immediatamente deciso di attivare il fondo di solidarietà previsto per tali eventi inviando una lettera a tutti i soci del Veneto in cui si chiede di segnalare eventuali problemi cui fossero andati incontro per poter fornire loro un aiuto concreto. Ancora una volta Galeno ha voluto dimostrare di essere sempre vicina ai propri associati in difficoltà: soci tra i soci.

Ezio Cotrozzi

Cambia lo Statuto dell'Ente

Iscrizione volontaria solo fino a febbraio 2011

di Umberto Rossa*

È ormai imminente la scadenza dell'8 febbraio 2011 entro la quale è possibile iscriversi all'Onaosi, per quei sanitari (medici chirurghi, odontoiatri, veterinari, farmacisti) già inseriti nei rispettivi Albi provinciali ma non ancora contribuenti di questo Ente. Per i sanitari non dipendenti pubblici questa è l'ultima possibilità di iscrizione all'Onaosi come contribuenti volontari, da effettuarsi inderogabilmente entro e non oltre l'8 febbraio 2011. Infatti, secondo le nuove regole statutarie (che entreranno in vigore il 9 febbraio 2010), se non si iscriveranno entro il suddetto termine perderanno per sempre la possibilità di farlo.

I sanitari neoiscritti ad Albi e Ordini avranno invece cinque anni, dalla data di prima iscrizione all'Albo, per iscriversi volontariamente all'Onaosi, mentre i dipendenti pubblici (contribuenti obbligatori) nel caso in cui cambiassero status, per non perdere le opportunità Onaosi, dovranno iscriversi entro due anni dalla data di cessazione dal servizio pubblico.

Inoltre, in conformità alle indicazioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze pervenute alla Fondazione alla fine di settembre, la Giunta Esecutiva Onaosi ha attivato le procedure elettorali per l'elezione del Comitato di Indirizzo della Fondazione, dandone notizia, oltre che sul sito www.onaosi.it, anche agli Ordini Provinciali, alle Federazioni nazionali e alle Organizzazioni sindacali della sanità rappresentative, secondo quanto stabilito da Aran e Sisac. L'Onaosi ha per scopo primario il so-

stegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani, figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici-veterinari, farmacisti, medici-chirurghi ed odontoiatri, contribuenti obbligatori o volontari. La Fondazione eroga prestazioni anche in favore di figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi, nei casi previsti dallo Statuto. Possono fruire, a pagamento, delle prestazioni e dei servizi anche i figli di contribuenti obbligatori o volontari viventi, gli stessi contribuenti e i loro coniugi.

Le prestazioni consistono in contributi economici a domicilio, anche di carattere straordinario, graduati secondo il progresso negli studi e le situazioni di eventuale disagio socio-economico, e in alternativa nell'ammissione in strutture di studio ubicate sul territorio nazionale. Sono inoltre previsti in-

terventi mirati a favorire la formazione ed anche in favore di disabili.

Con il nuovo Statuto, una volta assicurate le prestazioni e i servizi alle attuali categorie di assistiti, potranno avere titolo ai benefici assistenziali anche: i figli del contribuente vivente, che si trovi in grave e documentata difficoltà economica; i figli dei contribuenti anche in caso di decesso del genitore non sanitario; i contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale; i contribuenti disabili e gli ex contribuenti, se indigenti e qualora non fruitori di prestazioni di altri Enti previdenziali. L'iscrizione all'Onaosi costituisce una efficace copertura assicurativa prevido-assistenziale davvero conveniente e a basso costo, unica nel suo genere, a tutela del professionista e della sua famiglia. Una occasione vantaggiosa da non perdere. Il professionista in attività e, in particolare, il giovane sanitario, iscrivendosi all'Onaosi, ha la possibilità di costruirsi, con lungimiranza, un più ampio e diversificato "ombrello", usufruendo di una opportunità estremamente conveniente. Il versamento annuale, come si può vedere dalle quote nella tabella sotto riportata, è davvero contenuto ed è diversificato per fasce di reddito e anzianità ordinistica.

Tutte le informazioni e la modulistica per l'iscrizione volontaria sono disponibili sul sito www.onaosi.it.

**Consigliere di Amministrazione Onaosi delegato alla Comunicazione*

QUANTO COSTA LA CONTRIBUZIONE VOLONTARIA ONAOSI PER IL 2010

Anzianità ordinistica fino a 5 anni complessivi

€ 155,00 annui	Reddito complessivo individuale superiore a €60.000,00
€ 140,00 annui	Reddito complessivo individuale superiore a €40.000,00 ed inferiore/uguale a €60.000,00
€ 75,00 annui	Reddito complessivo individuale superiore a €20.000,00 ed inferiore/uguale a €40.000,00
€ 25,00 annui	Reddito complessivo individuale inferiore/uguale a €20.000,00

Anzianità ordinistica superiore a 5 anni complessivi

€ 155,00 annui	Reddito complessivo individuale superiore a €60.000,00
€ 140,00 annui	Reddito complessivo individuale superiore a €40.000,00 ed inferiore/uguale a €60.000,00
€ 125,00 annui	Reddito complessivo individuale superiore a €20.000,00 ed inferiore/uguale a €40.000,00
€ 40,00 annui	Reddito complessivo individuale inferiore/uguale a €20.000,00
€ 65,00	Contributo una tantum (vitalizio) a partire dal 1.1.2009, per età anagrafica superiore ai 67 anni compiuti al 31 dicembre dell'anno precedente ed in possesso di una anzianità contributiva complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno quindici anni (atto n. 24 del C.d.A. del 21/06/2008)



La dieta mediterranea è una risorsa per la medicina e un patrimonio per l'umanità

Uno stile alimentare, ha detto il Presidente di Federsanità Angelo Lino Del Favero, che promuove la salute e si è rivelato uno dei pilastri per la prevenzione di alcune patologie croniche

“**U**n modello alimentare che coniuga tipicità e salubrità”. Così il presidente di Federsanità Anci, Angelo Lino Del Favero, ha commentato la notizia della proclamazione della dieta mediterranea a patrimonio immateriale dell'umanità da parte dell'UNESCO nel corso della riunione del comitato intergovernativo tenutasi a Nairobi. A sostenere la proposta c'erano quattro Paesi mediterranei, oltre all'Italia anche Spagna, Grecia e Marocco.

“La dieta mediterranea è una risorsa per la medicina e un patrimonio per l'umanità: non a caso l'Italia è tra i paesi con la più alta percentuale di speranza di vita – ha detto Del Favero – anche grazie all'esistenza di un modello alimentare ispirato alla Dieta mediterranea che si è rivelato uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione di alcune patologie croniche come il diabete, le cardiopatie, l'obesità”. Il progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano promosso da Federsanità Anci e Buonitalia è volto a promuovere corretti stili di vita anche in termini di sana alimentazione. “Non c'è investimento economico, per quanto ingente – ha detto Del Favero – che possa dare frutti senza un'educazione alla responsabilizzazione del cittadino”. Comunicare e informare sulla salubrità dei prodotti tipici che compongono la dieta mediterranea è di interesse per l'intero Paese, sia per gli effetti di una buona alimentazione, sia per i costi della comunità. Siamo attualmente uno dei paesi più longevi, ma al contempo abbiamo tra il 25 e il 33% di bambini in sovrappeso o obesi tra gli studenti fino alle scuole medie inferiori. La prevenzione è certamente migliore della cura. Il progetto, sviluppato in collaborazione con Buonitalia, è

di durata pluriennale e prevede incontri e dibattiti su tutto il territorio nazionale, una sessione di eventi culturali e scientifici nel nord America, documentazioni tecnico-scientifiche e anche divulgative per orientare ed educare al consumo consapevole le famiglie. In particolare Federsanità Anci sarà presente con un camper itinerante in tutte le Regioni italiane in occasione delle principali manifestazioni di promozione dell'agroalimentare di qualità.

La valorizzazione e promozione di questo stile di vita ha tre principi ispiratori:

■ **salubrità**, ovvero l'esaltazione dei principi nutrizionali degli alimenti italiani per un sano stile di vita;

■ **organoletticità**, ovvero la proprietà

che può essere rilevata e apprezzata dai cinque sensi, ovvero appetibilità;

■ **tipicità**, ovvero la qualità del prodotto agroalimentare “made in Italy”, legato alle caratteristiche del territorio.

La dieta mediterranea, per il suo valore storico, è diventata un modello alimentare negli stili di vita per i benefici per la salute dimostrati scientificamente. A tal fine è strategica la diffusione di una cultura del mangiare sano nel mercato agroalimentare internazionale, in particolare quello statunitense. La dieta mediterranea si costituisce infatti come efficace strumento di prevenzione e riduzione di patologie metaboliche, il cui danno sociale per la diffusione della loro incidenza (in particolare presso i mercati di destinazione delle attività di progetto) è statisticamente dimostrato. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue e ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili, da soli, del 60% della perdita di anni di vita in buona salute.



Federsanità Anci



Associazione Nazionale Comuni Italiani organizza Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e le Conferenze dei Sindaci, agisce come strumento istituzionale sul piano della rappresentanza per i Comuni per assicurare i percorsi di integrazione sociosanitaria e socio assistenziale; opera come centro di elaborazione culturale di politiche della salute sui territori. I principali obiettivi sono: attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato, delle Regioni e con le istituzioni per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia delle politiche sanitarie e di welfare; assicurare la

rappresentanza degli operatori della sanità al fine di concorrere alle decisioni pubbliche in materia sanitaria e sociale; individuare linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative culturali, di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati. Le finalità che persegue Federsanità Anci sono una serie di progetti in collaborazione con i Comuni volti alla diffusione di temi legati alla prevenzione, alla cultura del benessere, degli stili di vita corretti, ecc. i cui destinatari sono gli “orientatori comportamentali”, ovvero professionisti che per la loro attività possono influenzare il comportamento del cittadino consumatore: Comunità medico scientifiche, Enti locali ed Operatori dell'informazione.

IL PICENUM STUDY

quando l'audit diventa ... sintesi

Paolo Misericordia

Vincenzo Landro

Stefano Zingoni

IL PICENUM STUDY: quando l'audit diventa ... sintesi

Paolo Misericordia, Vincenzo Landro – CENTRO STUDI FIMMG - Staff del PICENUM study
Stefano Zingoni - Presidente Nazionale FIMMG

Nel progetto di Ri-Fondazione della Medicina Generale è evidente come la FIMMG sia alla ricerca di nuovi modelli di organizzazione professionale per i quali si rendono indispensabili strumenti moderni, evoluti ed efficaci.

In particolare i processi di Clinical Governance, in cui il Medico di Medicina Generale è chiamato a svolgere un ruolo di protagonista, basandosi sui principi di responsabilità, conoscenza e valutazione, offrono alla categoria prospettive di forte centralità e coinvolgimento ma presentano anche impegnativi elementi di esercizio e riflessione.

Considerando tali aspetti la FIMMG attraverso il Centro Studi Nazionale, da qualche tempo, propone ai propri iscritti una modalità di autovalutazione (self-audit) della attività e delle performance professionali, attraverso una risorsa online, denominata "PICENUM", disponibile nell'Home Page del proprio sito web nazionale.

Tale iniziativa, centrata sulla misurazione ed il confronto delle performance professionali del Medico di Medicina Generale, promuove il processo di self-audit utilizzando un set di indicatori di attività professionale, di processo e di esito, riferiti alle più importanti condizioni e patologie gestite dalla Medicina Generale: PICENUM mette a disposizione un software online che costruisce le misure delle performance professionali relative a questo set di indicatori, sulla base di dati estratti dai propri database ambulatoriali.

Il software, riporta le misure delle performance per i singoli indicatori su grafici ad istogrammi dove l'utente può confrontare i propri dati con quelli degli altri colleghi (benchmarking), con un dato medio, e con uno standard "realistico", il Livello Raggiungibile di Performance (LRP), che il software ricalcola di volta in volta considerando i dati immessi.

Il gruppo benchmark verso cui viene consentito il confronto per il singolo utente, è formato dagli stessi colleghi che hanno utilizzato PICENUM: gli ultimi 100 medici che inseriscono i dati costituiscono, per ogni indicatore, il gruppo "benchmark"; su quest'ultimo vengono calcolate, le medie e gli standard raggiungibili.

Lo scopo è quello di permettere una valutazione diretta ed immediata della propria attività, esaminata attraverso un percorso che va dal confronto tra pari, alle analisi e comparazioni per gruppi, favorendo il miglioramento professionale e l'appropriatezza dei processi e dei trattamenti, consentendo una puntuale verifica dei cambiamenti che nel tempo si determinano.

Ultimamente PICENUM si è dotato di una ulteriore utility in grado di conferire all'audit elementi aggiuntivi di stimolo ed originalità, il Performance Score, un dato riassuntivo in grado di esprimere una valutazione complessiva del comportamento.

Questa funzione, pur aggiungendo interesse al processo di autovalutazione e confronto, producendo un punteggio di sintesi, potrebbe offrire, ad una lettura superficiale ed approssimativa, qualche argomento di perplessità se non addirittura di diffidenza.

In realtà, il percorso articolato e complesso che ha portato alla sua

individuazione ha tenuto conto delle possibili criticità, cercando di enfatizzare le caratteristiche peculiari disponibili con PICENUM, ma anche sperimentando strumenti innovativi che le nuove frontiere della professione impongono.

IL SET DI INDICATORI DI PICENUM

Gli indicatori che PICENUM propone possono essere distinti in indicatori di prevalenza, di processo e di esito intermedio. Sono stati selezionati, in riferimento al processo e agli esiti, indicatori già utilizzati da Istituzioni e Società internazionali che si occupano dei processi di valutazione in ambito sanitario, cercando di individuare, per ogni patologia, quelli più adeguati ed esaustivi; tenendo conto che indicatori di outcome "forti" (morbilità e mortalità) rimangono di difficile applicazione per il singolo Medico di Medicina Generale, sono stati presi in considerazione indicatori di esito "intermedio" (ad es. target di HbA1c per i diabetici) come "proxy" di esito finale. Altro importante criterio di selezione è stato quello della realizzabilità: indicatori cioè la cui misura fosse determinabile sulla base dei dati raccolti dal medico durante la normale quotidiana attività ambulatoriale, la cui rilevazione fosse cioè funzionale alle necessità assistenziali e non richiedesse al medico particolari "oneri" aggiuntivi di attenzione o registrazione.

Il set di indicatori viene periodicamente aggiornato ed adeguato alle nuove evidenze.

TAB. I. GLI INDICATORI DI PICENUM

Indicatori di Prevalenza

Indicatori di Processo

Indicatori di Esito Intermedio

Accreditati

Realizzabili

Esaurienti

ATTIVITÀ E LE PATOLOGIE CONSIDERATE

PICENUM propone un set di oltre 100 Indicatori; questi esplorano le attività, le aree cliniche e le patologie che indiscutibilmente appartengono al setting assistenziale della Medicina Generale, riportate in TAB II.

L'ESTRAZIONE DEI DATI DAI DATABASE AMBULATORIALI

I dati necessari alla costruzione delle misure delle performance per i singoli indicatori vengono estratti dai database ambulatoriali, attraverso semplici passaggi informatici. Infatti, per alcuni dei software ambulatoriali più diffusi (Millewin, Profim 2000, Effepieffe, Phronesis, Perseo, Medico 2000, Koiné e KappaMed) PICENUM, in collaborazione con le rispettive software-house, mette a disposi-

zione degli “estrattori dati” automatici, cioè delle risorse informatiche che, una volta lanciate nel proprio computer, sono in grado di estrarre autonomamente tutti i dati richiesti. Questi dati (oltre 150 numeri, riferiti a dati aggregati) vengono raccolti in un file, secondo un formato pronto all’importazione.

TAB. II. LE ATTIVITÀ, LE AREE CLINICHE E LE PATOLOGIE

ATTIVITA' AMBULATORIALE	
DISTRIBUZIONE DEMOGRAFICA	
PREVENZIONE	
AREA CARDIOVASCOLARE	SCOMPENSO CARDIACO IPERTENSIONE ARTERIOSA CARDIOPATIA ISCHEMICA
GASTROENTEROLOGIA	
AREA METABOLICA	DIABETE MELLITO IPERCOLESTEROLEMIA IPOTIROIDISMO
ICTUS CEREBRALE	
AREA RESPIRATORIA	ASMA BRONCHIALE BPCO FUMO
ONCOLOGIA	

L'ACCESSO A PICENUM

A PICENUM è possibile accedere dall’Home Page del sito nazionale di FIMMG da dove, cliccando su “PICENUM study” sul menu a destra della pagina, si accede ad un banner (Fig. 1), dove sono presenti due link; il primo indirizza ad un portale informativo (www.picenumstudy.com), ad accesso libero, dove sono riportate tutte le notizie ed i chiarimenti relativi all’iniziativa; il secondo link conduce al Software, dove poter importare i dati estratti dai database ambulatoriali, consultare i grafici ed effettuare i processi di autovalutazione e confronto.

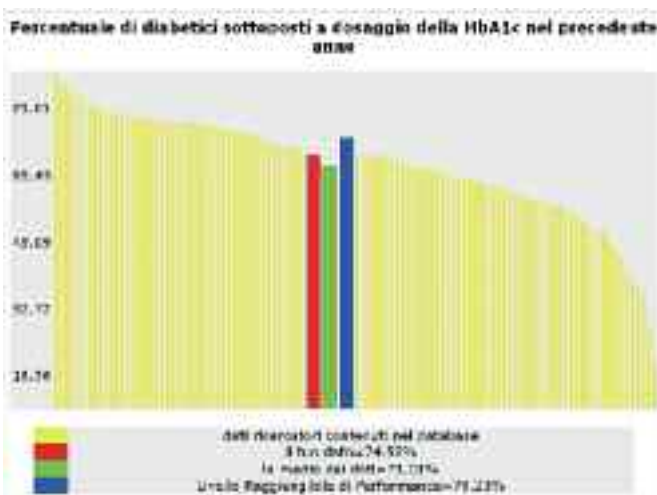
Tale accesso è consentito all’iscritto FIMMG attraverso le credenziali normalmente utilizzate per le aree protette del sito. Il non-iscritto può utilizzare il Software per 15 giorni dopo un aver effettuato il primo accesso (versione shareware) e dopo essersi registrato nel sito.

IL SOFTWARE CON LA COSTRUZIONE DEI GRAFICI

Una volta nel Software, da un tasto di “Upload” si attiva il processo di importazione del file-dati precedentemente estratto. Su questi dati PICENUM costruisce le misure dei singoli indicatori (ad esempio nel caso dell’indicatore “Percentuale di pazienti affetti da diabete mellito sottoposti a dosaggio dell’emoglobina glicata nell’ultimo anno”, i dati necessari sono: il n. di pazienti in carico affetti da diabete mellito, ed il n. di pazienti diabetici sottoposti a dosaggio dell’emoglobina glicata nell’ultimo anno) fornendo un dato percentuale. Il Software riporta questi calcoli su grafici ad istogrammi, subito consultabili (Figg. 2-3). La consultazione dei grafici avviene per aree tematiche e per singole patologie.

In questi grafici la propria misura della performance (colonna rossa) viene riportata accanto alle analoghe misure prodotte dagli ultimi 100 Colleghi (gruppo benchmark) (colonne gialle) che hanno importato dati nel sistema, utilizzando anche essi PICENUM, costituendo così un gruppo di confronto dinamico che cambia conti-

Fig. 2. Un grafico realizzato dal Software di PICENUM: Percentuale di diabetici sottoposti a dosaggio dell’HbA1c nel precedente anno



nuamente nel tempo. Negli stessi grafici viene riportato il valore Media (colonna verde) riferito all’intera popolazione di assistiti dei medici del gruppo benchmark, e il Livello Raggiungibile di Performance (LRP) (colonna blu), uno standard realistico che il Software

Fig. 1. Il banner di accesso a PICENUM

Una risorsa FIMMG per Misurare, Valutare, Confrontare le proprie Performance Professionali

PICENUM study M

Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessary for Upgrade in Medicine

VAI AL PORTALE INFORMATIVO

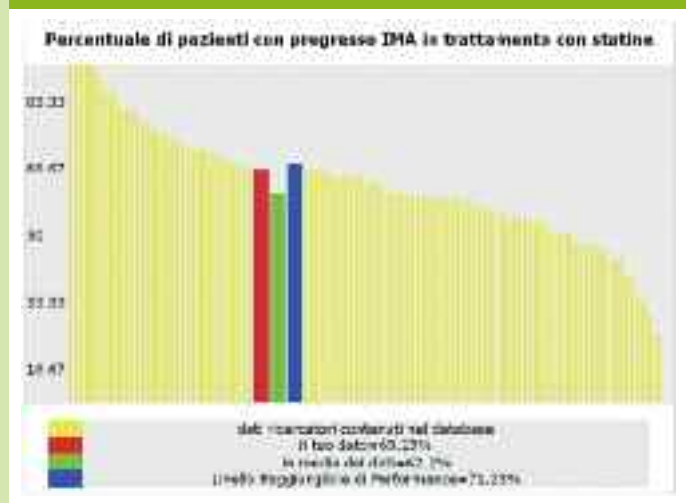
VAI AL SOFTWARE

L'accesso al Software richiede la registrazione al sito FIMMG. Per i non-iscritti alla FIMMG il permesso di accesso scade dopo 15 giorni dal primo ingresso.

ricalcola sulla base dei dati disponibili.

Un analogo percorso di audit può essere effettuato relativamente al gruppo di appartenenza, intendendo con questo qualsiasi forma di istituzione associativa (cooperativa, rete, équipe, nucleo di cure primarie ...) a cui il Medico/Utente può appartenere. In PICE-NUM esiste infatti la possibilità di riconoscersi come componenti di uno stesso gruppo ed accedere così ad un'area dedicata al confron-

**Fig. 3. Un grafico realizzato dal Software di PICE-NUM:
Percentuale di pazienti con progresso IMA in trattamento
con statine**



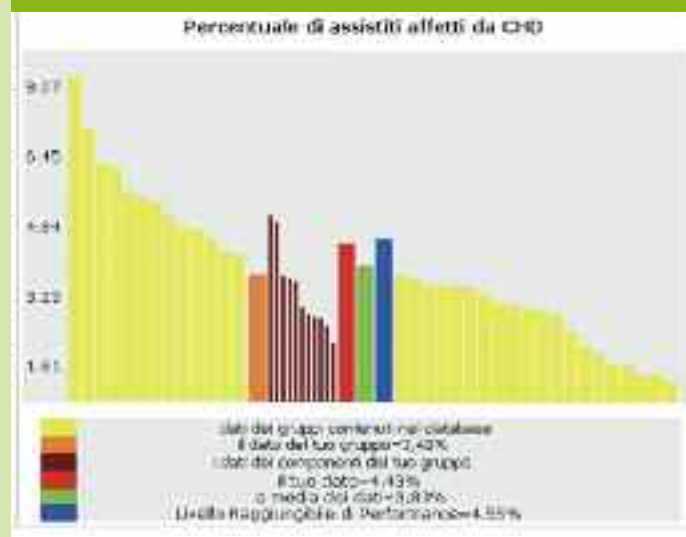
to tra gruppi. In questo caso è prevista anche la possibilità di “esplorare” le performance dei singoli appartenenti all’interno di uno stesso gruppo, rendendo il processo di audit e benchmarking ancora più articolato e completo (Fig. 4).

E’ possibile utilizzare ripetutamente le funzioni di PICE-NUM. Il Software registra stabilmente alla fine di ogni mese i dati immessi, consentendo all’utente di monitorare continuamente i propri comportamenti, per poterne apprezzare le variazioni nel tempo.

UNO STANDARD REALISTICO: IL LIVELLO RAGGIUNGIBILE DI PERFORMANCE

Al fine di rendere quanto più efficace il percorso di audit, per ogni Indicatore presentato, PICE-NUM propone un valore standard. Que-

**Fig. 4. Un grafico tratto dall’area “Gruppi”:
Percentuale di assistiti affetti da CHD**



sto valore, indicato come Livello Raggiungibile di Performance (LRP), rappresenta la misura a cui tendere “realisticamente”; a differenza di altre situazioni in cui gli standard sono individuati sulla base di principi tratti da linee guida o attraverso condivisioni formalizzate da gruppi di esperti, in PICE-NUM lo standard viene calcolato sulla base dei dati riferiti ai medici che compongono il gruppo benchmark. La sua misura pertanto, in quanto riferita a dati concretamente raccolti, garantisce sulla sua effettiva praticabilità.

Un algoritmo del software individua l’LRP relativo ai dati di prevalenza delle diverse patologie, al 75° percentile tra i medici appartenenti al gruppo benchmark che possiedono valori di prevalenza superiori alla media relativa all’intero gruppo di assistiti. Per gli altri indicatori, l’LRP è individuato al 75° percentile delle misure di performance dei medici (sempre componenti il gruppo benchmark) con il dato di prevalenza della relativa patologia al di sopra del valore medio.

I DATI DEL GRUPPO BENCHMARK

Il flusso continuo di dati in ingresso su PICE-NUM consente un aggiornamento in tempo reale ed una variazione continua del gruppo benchmark che, come detto, è composto dagli ultimi 100 medici/utenti che utilizzano le funzioni del Software.

TABB. III - VII DATI TRATTI DAL GRUPPO BENCHMARK DI PICE-NUM al 31 Ottobre 2010

Area cardiovascolare: cardiopatia ischemica (CHD)

	Media (%)	LRP (%)
Percentuale di assistiti affetti da CHD	4,09	4,78
Percentuale di assistiti con pregresso Infarto Acuto del Miocardio (IMA)	1,30	1,64
Percentuale di pazienti affetti da CHD sottoposti a misurazione della PA	84,97	92,38
Percentuale di pazienti affetti da CHD sottoposti a dosaggio di LDL col. nel precedente anno	36,57	45,87
Percentuale di pazienti affetti da CHD in trattamento con statine	52,31	57,45
Percentuale di pazienti con pregresso IMA in trattamento con statine	62,43	71,36
Percentuale di pazienti affetti da CHD trattati con ASA	52,0	57,56
Percentuale di pazienti affetti da CHD trattati con beta-bloccante	43,59	48,73
Percentuale di pazienti affetti da CHD con elevata aderenza alla terapia con statine	84,37	90,96
Percentuale di pazienti affetti da CHD con dato fumo registrato	53,6	69,38
Percentuale di pazienti affetti da CHD fumatori	12,64	16,43
Percentuale di pazienti affetti da CHD con ultimo valore di LDL col ≤ 100 mg/100 ml nel precedente anno	9,09	12,91
Percentuale di pazienti affetti da CHD con ultimo valore di LDL col ≤ 70 mg/100 ml nel precedente anno	2,47	3,65

Area cardiovascolare: ipertensione arteriosa

	Media (%)	LRP (%)
Percentuale di assistiti affetti da Ipertensione Arteriosa		
Percentuale di pz ipertesi sottoposti a rilevazione pressoria nei precedenti 6 mesi	25,91	28,52
Percentuale di ipertesi sottoposti a dosaggio della creatininemia, nel precedente anno	38,2	46,0
Percentuale di pz ipertesi sottoposti a determinazione dell'assetto lipidico nel precedente anno	57,96	63,96
Percentuale di pz ipertesi con ultima determinazione di PA $\leq 150/90$ mmHg negli ultimi 15 mesi	59,03	63,13
Percentuale di pz ipertesi con dato fumo registrato	51,85	61,79
	51,59	66,78

Area metabolica: ipercolesterolemia

	Media (%)	LRP (%)
Percentuale di popolazione (M 35-65 anni; F 45-65 anni) sottoposta a dosaggio della colesterolemia negli ultimi 5 anni	71,04	74,06
Percentuale di popolazione (M >45 anni; F >55 anni) con uno o più fattori di rischio per CHD sottoposta a dosaggio del LDL-colesterolo	55,5	66,6
Percentuale di popolazione affetta da CHD in farmacoterapia per ridurre i valori plasmatici di LDL-colesterolo	49,8	55,8
Percentuale di popolazione affetta da CHD, diabete, arteriopatie, con valori plasmatici di LDL-colesterolo <100 mg/dl	11,5	18,2
Percentuale di popolazione con due o più fattori di rischio per CHD con valori plasmatici di LDL-colesterolo <130 mg/dl	4,9	8,6
Percentuale di popolazione in terapia con statine	7,4	9,1
Percentuale di popolazione affetta da CHD, diabete, arteriopatie, in terapia con statine	33,7	37,3
Percentuale di popolazione in terapia con statine, con elevata aderenza alla terapia	80,0	83,4

Area metabolica: diabete mellito

	Media (%)	LRP (%)
Percentuale di assistiti affetti da Diabete Mellito	7,64	8,65
Percentuale di diabetici sottoposti al dosaggio dell'emoglobina glicata nel precedente anno	71,08	79,15
Percentuale di diabetici sottoposti a dosaggio dell'assetto lipidico nei precedenti 2 anni	71,16	77,03
Percentuale di diabetici sottoposti a dosaggio di LDL colesterolo nel precedente anno	36,4	46,7
Percentuale di diabetici sottoposti ad esame del FOO nel precedente anno	32,1	37,8
Percentuale di diabetici sottoposti a vaccinazione antinfluenzale nel precedente anno	35,1	47,9
Percentuale di diabetici con dato fumo registrato	57,3	71,8
Percentuale di diabetici in terapia con statine	33,6	38,5
Percentuale di diabetici con elevata aderenza alla terapia con statine	80,6	87,4
Percentuale di diabetici con ultimo valore di emoglobina glicata ≤ 7.0 % nel precedente anno	24,1	29,9
Percentuale di diabetici con ultimo valore di emoglobina glicata ≤ 7.4 % negli ultimi 15 mesi	30,6	41,9
Percentuale di diabetici con ultimo valore di LDL col. ≤ 100 mg/dl nel precedente anno	12,9	18,6
Percentuale di diabetici con ultimo valore di PA $\leq 130/80$ mmHg nel precedente anno	26,9	32,6
Percentuale di diabetici con ultimo valore di PA $\leq 145/85$ mmHg negli ultimi 15 mesi	41,1	48,4

Area respiratoria: bpcO

	Media (%)	LRP (%)
Percentuale di assistiti affetti da BPCO	2,9	3,9
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a spirometria nel precedente anno	29,5	35,6
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a emogasanalisi nel precedente anno	5,0	6,7
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a vaccinazione antipneumococcica nei precedenti 5 anni	10,4	17,8

In queste pagine vengono riportati i valori riferiti alle medie e ai Livelli Raggiungibili di Performance tratti dal gruppo benchmark di PICENUM al 31 Ottobre 2010, per alcune delle patologie analizzate.

IL PERFORMANCE SCORE

Per le patologie per le quali è disponibile un set di indicatori più completo ed esaustivo, PICENUM rende disponibile una ulteriore funzione, il Performance Score, in grado di fornire una misura complessiva delle performance nei confronti di quella singola condizione/patologia. Tale utility è, per il momento, disponibile per il diabete mellito, per l'ipertensione arteriosa e per la cardiopatia ischemica. L'algoritmo che ne sostiene il calcolo produce alcuni punteg-

gi (da 1 a 10, con approssimazioni decimali) relativi agli indicatori di processo, a quelli di esito intermedio, e al Performance Score Globale quale complessivo valore di sintesi. In questo calcolo viene tenuto fortemente conto della prevalenza individuata, considerando che aver individuato bassi tassi di prevalenza può comportare una significativa alterazione nelle valutazioni sulle singole performance (essendo queste calcolate come percentuali della prevalenza stessa). Vengono inoltre valutati gli scostamenti delle misure di performance ottenute per i singoli indicatori, rispetto ai relativi valori standard (LRP) che il software di PICENUM individua per tutti gli indicatori considerati (tassi di prevalenza compresi).

Ogni Indicatore incluso nel calcolo del Performance Score, viene valorizzato attraverso un Coefficiente di Rilevanza, la cui

Fig. 5. Il Performance Score per il diabete mellito calcolato sulle Misure di Performance di un utente di PICENUM

	LRP benchmark (%)	Performance Personale (%)
Prevalenza		
Percentuale di assistiti affetti da Diabete Mellito	8,6	7,4
Indicatori di processo		
Percentuale di diabetici sottoposti a dosaggio dell'HbA1c nel precedente anno	79,1	74,5
Percentuale di diabetici sottoposti a dosaggio del LDL colesterolo nel precedente anno	46,7	79,6
Percentuale di diabetici sottoposti ad esame del FOO nel precedente anno	37,8	33,9
Percentuale di diabetici sottoposti a vaccinazione antinfluenzale	47,9	70,3
Percentuale di diabetici con dato fumo registrato	71,8	61,8
Percentuale di diabetici in terapia con statine	38,5	48,3
Percentuale di diabetici con elevata aderenza alla terapia con statine	87,4	98,2
Indicatori di Esito Intermedio		
Percentuale di diabetici con HbA1c ≤ 7.0 %, all'ultima determinazione negli ultimi 15 mesi	29,9	36,4
Percentuale di diabetici con HbA1c ≤ 7.4 %, all'ultima determinazione negli ultimi 15 mesi	41,9	50
Percentuale di diabetici con LDL ≤ 100 mg/dl, all'ultima determinazione nel precedente anno	18,6	38,9
Percentuale di diabetici con PA $\leq 130/80$ mmHg, all'ultima determinazione negli ultimi 15 mesi	32,6	18,6
Percentuale di diabetici con PA $\leq 145/85$ mmHg, all'ultima determinazione negli ultimi 15 mesi	48,4	28,8



entità è stabilita attraverso un percorso di condivisione (metodo Delphi "modificato") che tiene conto delle indicazioni emerse dal gruppo di medici "storici" utilizzatori di PICENUM e dal coinvolgimento dei medici partecipanti al Congresso Nazionale della FIMMG del 2010.

PICENUM: LA SUA DIFFUSIONE E LE POTENZIALITÀ

Al 31 Ottobre 2010 sono 781 i medici che si sono loggati nel Software. In Fig. 6 è riportata la loro distribuzione regionale. Sono stati 640 i medici che hanno importato i loro dati ed hanno utilizzato in questo modo le funzioni del Software. 141 medici hanno inve-

ce effettuato accesso al Software, esplorandone l'operatività, ma senza importare alcun dato.

Per trasmettere la conoscenza delle funzioni di PICENUM e le sue potenzialità, FIMMG, con il supporto dell'Area Primary Care di PFI-ZER®, è impegnata in un percorso di diffusione che ha già condotto lo staff di PICENUM in molte province italiane per lo svolgimento di corsi di formazione. Tutto questo per render disponibile al medico una risorsa per l'audit ma anche per promuovere iniziative, a carattere locale (regionale, provinciale, aziendale) centrate sulla raccolta dati, che possano anche diventare oggetto di contrattualistica integrativa.

PICENUM permette, per questo scopo, di utilizzare i set di indica-

Fig. 6. Distribuzione regionale e tipologia di accesso al Software di PICENUM.



tori già disponibili, ma si rende disponibile anche ad individuare, sulla base di indicazioni provenienti da gruppi locali, ulteriori set di indicatori per specifiche iniziative di ricerca; la piattaforma di PICENUM in questi casi, oltre ad offrire le consuete possibilità di autovalutazione e confronto, è pronta ad aggregare i dati relativi a questi progetti, ad elaborarli e a riconsegnarli al referente locale già organizzati e fruibili.

IL PERFORMANCE SCORE: UNA RISORSA CON LE INCOGNITE DI UNA SFIDA

E' auspicabile che un percorso di self-audit clinico sulle performance professionali, si spinga così avanti sino ad offrire all'utente una valutazione sintetica, ... un voto, insomma ?

Non c'è il rischio che questo passaggio possa apparire come una semplificazione eccessiva, rispetto ad una operatività enormemente complessa come quella medica ?

E se questo tentativo di dare una indicazione di rapida interpretazione a conclusione di un processo articolato di audit, cadesse in mano a chi, senza un adeguato background culturale, magari pre-

sentivano di considerare questa possibilità.

Innanzitutto PICENUM permette di acquisire informazioni sugli standard realistici della Medicina Generale: cioè su "quello che potrebbe essere agevolmente e realisticamente fatto". Il Software di PICENUM calcola infatti, sulla base dei dati che vengono inseriti volontariamente dai medici/utenti, i Livelli Raggiungibili di Performance: valori che, pur esprimendo la potenzialità operativa di una categoria, sono fortemente contestualizzati ai dati realmente prodotti. L'LRP infatti non rappresenta la "best performance", né viene definito teoricamente "a tavolino" sulla base di raccomandazioni cliniche: coincide con il 75° percentile dei MMG del gruppo benchmark (gli ultimi 100 medici che hanno utilizzato PICENUM), tra quelli collocati al di sopra del dato Media; per gli Indicatori di Processo e di Esito questo calcolo viene effettuato sui componenti del benchmark che hanno rilevato tassi di prevalenza, della patologia in questione, superiori al dato Media.

Si tratta quindi di un valore dinamico, che cambia con i dati che sovrappiungono, adeguato ad operatività che non devono necessariamente conseguire caratteristiche di eccellenza.

TAB. VIII. Capacità informativa degli Indicatori

Prevalenza individuata	Parametro fondamentale per la corretta interpretazione di misure di performance cliniche e/o professionali condotte su popolazioni di differenti dimensioni.
Indicatori di esito Intermedio	Forniscono informazioni sull'efficacia gestionale. Costituiscono delle "proxy" per indicatori di out-come. L'interpretazione della loro misura deve essere strettamente connessa al parametro "prevalenza individuata".
Indicatori di Processo	Forniscono informazioni sull'efficienza gestionale. Anche la loro interpretazione è fortemente condizionata dalle dimensioni della popolazione a cui vengono riferiti.
Indicatori di consumo	Forniscono informazioni sulla appropriatezza prescrittiva, solo se considerati di concerto alla prevalenza individuata e alle misure relative ad indicatori di efficacia del trattamento (Indicatori di esito intermedio).

TAB. IX. Il Performance Score: opportunità e criticità.

Opportunità	Criticità
Sintesi valutativa	Eccesso di semplificazione
Duttilità	Carenza di accreditamento
Stretta relazione con gli LRP e le loro variazioni	Rischio di adozione "tout-court" come strumento giudicativo di sistema
"Paternità e sensibilità" FIMMG	Inappropriate percezioni di frustrazione o successo

TAB. X. Il Performance Score: i parametri di calcolo

Prevalenza individuata
Scostamenti rispetto agli standard realistici (LRP)
Valorizzazione differenziata per ogni indicatore

Proprio questi aspetti, che distinguono l'LRP di PICENUM rispetto a visioni più consuete di "valore standard", rendono questo un riferimento assolutamente adatto su cui valutare gli scostamenti delle misure individuali delle Performance per calcolare il Performance Score.

Considerando la capacità informativa dei diversi Indicatori (TAB. VIII), in PICENUM è stata data vera e propria dignità di "Indicatore di Performance" alle prevalenze individuate.

E se questa scelta è stata oggetto di qualche critica che sottolineava come la prevalenza doveva essere considerata più valore "oggettivo" da collocare in un ambito di "registro di patologia", ha consentito invece di attribuire particolare rilevanza al tasso di prevalenza da ognuno individuato. Questo valore condiziona infatti grandemente l'analisi valutativa dei processi e degli esiti: bassi tassi di prevalenza possono favorire il conseguimento di elevate performance quando vengono riferite, percentualmente, a numerosità più contenute. Pertanto, nella definizione di un complessivo Performance Score, lo scostamento della "prevalenza individuata" rispetto al relativo LRP è stato particolarmente enfatizzato.

L'altro aspetto che in questo percorso è stato necessario affrontare è relativo al fatto che non tutti gli Indicatori selezionati possiedono la stessa capacità informativa e la stessa rilevanza. Considerare un set di indicatori sul quale condurre, complessivamente, una analisi, richiede una adeguata "valorizzazione" di ognuno di essi, che tenga conto della loro singola importanza (se, ad esempio, l'indicatore è espressione di una raccomandazione clinica "forte") e dello score di rilevanza assegnato agli altri indicatori dello stesso set. Non essendo riproducibile quanto già presente in letteratura per altre analoghe iniziative, questa fase di assegnazione di un coefficiente di rilevanza ad ogni indicatore, è stata condotta attraverso un processo di condivisione, utilizzando un "metodo Delphi modificato", che ha considerato, in una prima fase, le indicazioni emerse dal gruppo di medici "storici" utilizzatori di PICENUM e, successivamente, i report di un questionario proposto ai medici partecipanti al Congresso Nazionale della FIMMG del 2010.

E' del tutto chiaro, e non va mai dimenticato, che questo tipo di conclusioni derivano, esclusivamente, dai dati REGISTRATI ed ESTRATTI dal proprio database ambulatoriale: rappresentano quindi quanto viene REGISTRATO e, non sempre, quanto viene FATTO. E' altrettanto evidente che gli Indicatori proposti non riescono, inevitabilmente, a rappresentare la complessità di un percorso costituito da attività, scelte e consigli basati su saperi, conoscenze, opportunità

e compliance. E' scontato pertanto, che il PERFORMANCE SCORE NON RAPPRESENTA UNA VALUTAZIONE DI COME OGNIUNO SVOLGE IL PROPRIO LAVORO DI MEDICO: sarebbe una attribuzione di significato senza senso; va inteso invece come una sintesi informativa che permette una rapida intuizione per apprezzare e/o correggere aspetti operativi, o probabilmente anche solo "registrativi", di una parte della propria attività. Solamente dopo un congruo periodo di run-in, durante il quale il medico/utente adeguatamente supportato in un processo di self-audit, ottimizza il livello delle informazioni contenute nel proprio database, correggendo anche possibili difetti operativi con l'aiuto di opportuni meccanismi di reminder, il Performance Score potrebbe acquisire, in

condizioni di assoluta condivisione, qualche valenza aggiuntiva. Tenendo conto quindi degli scostamenti percentuali rispetto ai LRP sia delle misure delle performance individuali che del tasso di prevalenza individuata, e della valorizzazione assegnata al singolo indicatore, è stato approntato un algoritmo matematico che quantifica il Performance Score (TAB. X).

Tale formula, assolutamente duttile nel poter considerare altre variabili adeguatamente valorizzate (ad esempio gli indicatori di consumo), dovrebbe essere considerata come strumento, ma crediamo anche come risorsa, che la nostra categoria potrebbe autonomamente sperimentare e validare, avendone presenti i limiti, ma intuendo anche le potenzialità funzionali alla crescita e alla tutela professionale.

NOTE BIBLIOGRAFICHE:

- Barnsley J, Berta W, Cockerill R, MacPhail J, Vayda E. Identifying performance indicators for family practice. Assessing levels of consensus. Can Fam Physician. May; 51:700-1; 2005.
- L'Assistenza Primaria in Italia - dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria. (GISAP). Ed. Iniziative Sanitarie. 2009.
- La Rifondazione della Medicina Generale. Documento approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale FIMMG. Roma, 9 giugno 2007.
- Misericordia P, Landro V, Zingoni S. Il PICENUM study. Come misurare le attività del MMG. Avvenire Medico. 2; 2008.
- Performance Improvement. American Medical Association. Physician Consortium for Performance Improvement (PCPI). 2009.
- Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2008/09. The NHS Confederation (Employers) Company Ltd. April 2008.
- RAND Health research. ACOVE indicators. Annals of Internal Medicine. 135(Suppl.):641-758; 2001.
- SPREAD. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Interventi per migliorare la pratica clinica. Gennaio 2010.
- The Ambulatory Care Quality Alliance Recommended Starter Set: Clinical Performance Measures for Ambulatory Care. May 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/qual/aqastart.htm>
- Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. J Adv Nurs.;19:180-186; 1994.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

NORUXOL - unguento

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

1 g di Noruxol contiene:

Principio attivo

0,52 ± 0,75 mg di collagenasi N contenente

- Clostridiopeptidasi A non inferiore a 1,2 Unità
- Proteasi associata non inferiore a 0,24 Unità

Per gli eccipienti, vedere 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Unguento

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Deteriorazione cronica delle piaghe necrotiche comprese le ulcere delle gambe e le ulcere da decubito.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Per assicurare il successo del trattamento enzimatico delle lesioni cutanee con Noruxol, deve essere presente una sufficiente umidità nell'area della lesione. Pertanto, nelle ferite secche, la base della lesione deve essere inumidita con soluzione fisiologica salina (0,9% NaCl) o altre soluzioni ben tollerate dal tessuto (esempio glucosio).

Crosta secca e dura dovrebbero essere prima ammorbidite applicando una fasciatura umida.

Uno strato di Noruxol di circa 2 mm di spessore deve essere applicato con la medicazione o direttamente sull'area leggermente inumidita, una volta al giorno. Coprire la superficie della lesione per assicurare il contatto.

Non è necessario applicare un abbondante strato di prodotto sulla lesione, poiché questo non favorisce il progredire della deteriorazione.

Generalmente è sufficiente cambiare la medicazione una volta al giorno salvo diverso parere del medico.

4.3 Controindicazioni

ipersensibilità al principio attivo (collagenasi) o ad uno qualsiasi degli eccipienti dell'unguento.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

L'uso ripetuto di prodotti per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione.

Ogni qualvolta è presente una infezione, deve essere considerato un appropriato trattamento antibiotico. Cloramfenicolo, neomicina, framomicina, tetraciclina, gentamicina, polimixina B e macrolidi - esempio eritromicina - si sono mostrati compatibili con la collagenasi.

Dovrebbe essere evitato il contatto con gli occhi e le mucose.

Nei pazienti con ustioni gravi, l'impiego di Noruxol deve avvenire su indicazione e sotto controllo dello specialista.

In pazienti diabetici, le gangrene secche dovrebbero essere inumidite avendo la precauzione di evitare la trasformazione in gangrene umide.

Se non si osserva una riduzione della componente necrotica entro 14 giorni dall'inizio della terapia con Noruxol, si consiglia di interrompere il trattamento e di adottare metodi alternativi di sbigliamento.

Dopo la prima apertura il prodotto non può più essere considerato sterile. L'eventuale residuo, pertanto, non va utilizzato, ma deve essere eliminato.

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione

Noruxol non dovrebbe essere usato in presenza di antisettici, metalli pesanti, detergenti e saponi, poiché ne imbiscono l'attività enzimatica.

Prodotti a base di argento e sulfadiazina di argento possono tuttavia essere utilizzati assieme a Noruxol senza alterarne l'attività enzimatica.

Tetraciclina, glicidicina e tetraciclina non dovrebbero essere usati localmente con Noruxol.

4.6 Uso in gravidanza e allattamento

Benché non siano stati evidenziati effetti teratogeni, NORUXOL deve essere somministrato durante i primi tre mesi di gravidanza solo quando strettamente indicato.

Poiché la collagenasi non entra nella circolazione sistemica e invertevole che sia escluso dal latte materno.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Non vi sono presupposti per interferenze negative su tali capacità.

4.8 Effetti indesiderati

Gli effetti indesiderati possono includere dolore locale, prurito, bruciore ed eritema. In caso di gravità delle reazioni deve essere presa in considerazione l'interruzione della terapia.

4.9 Sovradosaggio

L'incidentale assunzione del farmaco è improbabile, ma se accade deve essere rimosso dallo stomaco con il vomito o se necessario con la lavanda gastrica.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: Preparati per il trattamento di ferite ed ulcrazioni - Enzimi proteolitici - Clostridiopeptidasi, associazioni. Codice ATC D03BA52.

Il principio attivo, la collagenasi N, è un filtrato dell'ultrafiltrato purificato da coltura di *Clostridium histolyticum*. Il principio attivo è costituito dall'enzima collagenolitico clostridiopeptidasi A (EC 3.4.24.3) e da altre proteasi. Il processo di disattivazione delle piaghe avviene più rapidamente se il tessuto necrotico, presente normalmente sul fondo della piaga ancorato sulla superficie, tramite le fibre del collagene nativo, viene allontanato.

La collagenasi specifica presente in Noruxol, è in grado di digerire le fibre del collagene nativo che vengono scomposte in peptidi a basso peso molecolare. La presenza nel preparato di collageno peptidasi e di proteasi aspecifiche consente l'ulteriore digestione dei peptidi derivati dal collagene e la digestione di altre frazioni proteiche come le fibrine e le proteine globulari, presenti nel tessuto necrotico.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Nessun anticorpo anti-collagenasi oppure collagenasi è stato rilevato nel sangue di pazienti con lesioni cutanee (vene varicose, ulcere, ecc.) trattati topicamente con collagenasi unguento per un periodo di nove settimane.

I ricercatori clinici che hanno trattato pazienti con una preparazione enzimatica di *Clostridium histolyticum* sotto forma di unguento (Santyl) con 2.00 U/g nei test esapeptidici hanno riportato gli stessi risultati. Non vi è inoltre evidenza di assorbimento di collagenasi in uno studio durato quattro settimane sulla schiena (Macaca ardoidasi) con traumi cutanei standard. Nessun campione di siero di questi animali rivelò precipitati di anticorpi anticollagenasi. Quindi la collagenasi non è assorbita attraverso la pelle necrotica infiammata.

Dai dati sembra quindi essere completamente inattiva e digerita a livello della lesione ulcerativa stessa. Probabilmente i prodotti di degradazione della collagenasi sono costituiti da peptidi endogeni e amminoacidi.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Dal punto di vista tossicologico la collagenasi è ben tollerata. E' di difficile individuazione la soglia della tossicità acuta, o la mucosa sana o la pelle non viene irritata. Nessun segno di potenziale allergico o sistemico di reazione da intollerabilità è stato osservato dopo applicazione topica sulla pelle intatta o scalfata.

Secondo i risultati degli studi immunologici la collagenasi non viene assorbita attraverso la pelle intatta o infiammata. Ulteriori esperimenti sugli animali non sono richiesti date le conferme cliniche nell'uomo evidenziate in una notevole esperienza nel corso di molti anni.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Lista degli eccipienti

Paraffina liquida, vaselina bianca

6.2 Incompatibilità

Vedere 4.5 "Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione".

6.3 Validità

3 anni.

Dopo la prima apertura il prodotto non può più essere considerato sterile. L'eventuale residuo, pertanto, non va utilizzato, ma deve essere eliminato in accordo alla normativa vigente.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Conservare a temperatura inferiore a 25° C.

6.5 Natura e capacità del contenitore

- Tubo in alluminio con tappo in polietilene contenente 30 g di unguento.
- Tubo in alluminio con tappo in polietilene contenente 30 g di unguento.

6.6 Istruzioni per l'uso Vedere 4.2 "Posologia e modo di somministrazione".

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Smith & Nephew S.r.l. - Via De Capitani 24 - 20041 AGRATE BRIANZA (MI)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

- NORUXOL 10 g unguento - A.I.C. n. 028039016
- NORUXOL 30 g unguento - A.I.C. n. 028039028

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Prima autorizzazione: 31.10.1994

Rinnovo autorizzazione: 16.11.2009

10. DATA DI ULTIMA REVISIONE

Novembre 2009

Wound Management

Smith & Nephew S.r.l.
Via De Capitani 24
20041 Agrate Brianza (MI)
Italy
T +39 039 60941
F +39 039 651535

contact@smith-nephew.com
www.smith-nephew.it/wound
www.globalwoundacademy.com
www.curaadelfant.it

Oltre 200.000
visite
al mese*

*Fonte: Google Analytics



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

quotidianosanità.it

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

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

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

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA



Health Communication editore



I contributi dal 65° Congresso Fimmg Metis

L'infezione da *Helicobacter Pylori* in Medicina generale

di Guido Sanna*

L' *Helicobacter pylori* è un batterio patogeno che si trova nello stomaco, è diffuso in tutto il mondo ed è la principale causa di Gastrite e di altre patologie ad essa associate: Ulcera gastrica, Ulcera duodenale e Linfoma MALT. L'infezione è inoltre fortemente associata al Cancro gastrico. L'eradicazione di questo batterio ha dimostrato di poter determinare una regressione dell'atrofia gastrica, un precursore del Cancro gastrico, e di prevenire la ricomparsa di malattia digestiva con le sue complicanze, oltre a curare alcuni Linfomi MALT a basso grado.

I METODI DIAGNOSTICI

Ci sono diversi metodi per accertare l'infezione da *H. pylori*. Tutti sono stati validati in una varietà di contesti clinici e di sedi professionali, ma con differenti "gold standard" per la comparazione. I metodi diagnostici possono essere suddivisi in endoscopici e non endoscopici. I metodi endoscopici includono la determinazione della presenza dell'*H. pylori* nelle biopsie della mucosa gastrica mediante istologia, test della ureasi, o esame culturale microbiologico. I metodi non endoscopici includono l'accertamento degli anticorpi nel sangue intero o nel siero, la ricerca dell'antigene fecale, ed il test dell'urea radio marcata sul respiro (UBT) o nel sangue. Gli ultimi due metodi e il test della ureasi alla biopsia dipendono dalla attività ureasica propria del batterio. Questi identificano l'idrolisi dell'urea nello stomaco, che è un surrogato accettabile per l'*H. pylori*, dal momento che lo stomaco umano non ha nessuna attività ureasica intrinseca. L'indagine diagnostica ottimale per uno specifico paziente sarà dettata dal contesto clinico; più precisamente, il medico di medicina generale valuterà la sintomatologia e deciderà se è indicato un UBT o una endoscopia del trat-

to digestivo superiore. Generalmente, la ricerca degli anticorpi nel sangue intero, nel siero o nelle feci è indicativo per una infezione pregressa da Hp, in quanto il test può rimanere positivo anche dopo che l'infezione è stata eradicata. Infine, la selezione dell'esame sarà naturalmente influenzata dalla disponibilità locale e dai costi. L'UBT rapido e non invasivo, ormai disponibile come test in office, realizzabile anche nello studio del mmg, consente di diagnosticare l'infezione attiva da Hp e di confermare con certezza l'avvenuta eradicazione dopo la terapia appropriata.

LE TERAPIE

Le attuali linee guida raccomandano per l'eradicazione dell'infezione, l'utilizzo della Triplice Terapia ovvero la combinazione di due antibiotici (amoxicillina e claritromicina o metronidazolo) in associazione con un inibitore di pompa protonica della durata non inferiore a 7 giorni. Negli ultimi anni però il successo di questo tipo di terapia si è ridotto, in parte come conseguenza dello sviluppo dell'antibiotico-resistenza. Per tale motivo, nuove strategie terapeutiche sono ritenute indispensabili. È, infatti, ormai noto come la resistenza alla claritromicina riduca il tasso di successo della Triplice Terapia standard a valori inferiori al 18-44%. Di conseguenza, per curare l'infezione, molti pazienti necessitano di due o più tentativi terapeutici. Per questo motivo le attuali linee guida per la terapia dell'infezione da *Helicobacter pylori*

ri riportano indicazioni anche per un trattamento di seconda e terza linea. Purtroppo però, curare l'infezione da *Helicobacter pylori* dopo il fallimento dell'iniziale Triplice Terapia standard, è più difficile e molto più problematico per il paziente. Nel 2000 è stato proposto un nuovo approccio terapeutico per curare l'infezione da *Helicobacter pylori*, la Terapia Sequenziale da effettuare per 10 giorni, che ha mostrato un tasso di successo molto elevato. La Terapia Sequenziale è un nuovo schema di trattamento che prevede l'assunzione per 5 giorni di un IPP (2 volte/die), e di amoxicillina (1 grammo 2 volte al giorno, possibilmente prima dei pasti), seguita per altri 5 giorni dall'assunzione di claritromicina (500mg 2 volte al giorno) e tinidazolo (500 mg 2 volte al giorno) sempre in associazione all'IPP (2 volte al giorno). Recentemente è stata pubblicata una revisione sistematica della letteratura, il cui scopo è stato quello di valutare l'efficacia della Terapia Sequenziale rispetto alla classica Triplice Terapia. Sono stati valutati 13 studi, tutti italiani ad eccezione di due studi provenienti dall'Asia ed uno eseguito su popolazione pediatrica proveniente dalla Romania, per un totale di 3271 Pazienti trattati. L'efficacia della Terapia Sequenziale è stata paragonata a quella della Triplice Terapia standard per 7 e 10 giorni in diverse sperimentazioni. Il tasso di successo del regime sequenziale è stato nettamente più elevato (94%)

segue a pag.21 ►

LE GIORNATE SCIENTIFICHE SU AVVENIRE MEDICO

Le giornate scientifiche del 65° Congresso nazionale Fimmg Metis sono state ricche di contributi e relazioni di grande interesse. Per consentire anche a coloro che non hanno partecipato al Congresso di poter conoscere questi approfondimenti utili all'attività del medico di medicina generale, abbiamo deciso di pubblicare in ogni prossimo numero di *Avvenire Medico* l'estratto di una relazione presentata al Congresso.



 **Millewin**
con il medico, sempre



 **MilleGPG**
gestione, prevenzione e programmazione

IL FUTURO CHE ASPETTAVI

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

www.millewin.it
www.millegpg.it

numero verde 800 949 502

Dedalus
SOFTWARE FOR MEDICINE

di quello ottenuto rispettivamente con la Triplice Terapia standard (77%) per 7 giorni o per 10 giorni. Bisogna notare che la Terapia Sequenziale e quella standard hanno lo stesso tasso di adesione da parte dei pazienti, la stessa incidenza di effetti collaterali e di tasso di interruzione di terapia. La Terapia Sequenziale è stata concepita basandosi sull'osservazione che il tasso di guarigione ottenuto somministrando per 14 giorni una duplice terapia (inibitore di pompa protonica ed amoxicillina) seguita da 7 giorni di triplice terapia, era più elevato se confrontato con quello ottenuto con la sequenza inversa (7 giorni di Triplice Terapia seguita da 14 giorni di duplice terapia). Perciò abbiamo ipotizzato che la duplice terapia seguita dalla triplice fosse in grado di eradicare l'infezione in un numero più ampio di pazienti. Abbiamo scelto di ridurre ogni schema di trattamento a cin-

que giorni poiché è noto che la duplice terapia, somministrata per meno di sette giorni, possiede un tasso di efficacia del 50%, e che l'efficacia delle Triplice Terapia è inversamente correlata con la carica batterica, con un tasso di efficacia più elevato nei pazienti con una densità batterica bassa nello stomaco. L'uso dell'amoxicillina nella fase terapeutica iniziale offre diversi vantaggi, primo fra tutti la bassa percentuale di resistenza riportata in letteratura. Diversi studi hanno mostrato che la Terapia Sequenziale è significativamente più efficace rispetto alla triplice nei Pazienti che presentano un'infezione da ceppi di *Helicobacter pylori* claritromicina-resistenti. In questi pazienti il tasso di successo a seguito di Terapia Sequenziale e di Triplice Terapia era rispettivamente dell'83.9% e del 35.1%. Nonostante l'elevata efficacia della Terapia Sequenziale, in alcuni pazienti fal-

lisce. I risultati di una terapia di seconda linea in questi pazienti sono stati riportati in studi recenti. Una Triplice Terapia che include inibitori di pompa protonica, levofloxacina e amoxicillina, tutti somministrati per due volte al giorno è stata proposta ottenendo un tasso di successo dell'85.7% e dell'88.2%. Pertanto è disponibile una valida terapia di seconda linea per quei Pazienti in cui la Terapia Sequenziale ha fallito. Le linee guida italiane più recenti hanno proposto la Terapia Sequenziale per 10 giorni come prima linea e la Triplice Terapia basata sulla levofloxacina per 10 giorni come seconda linea per il trattamento dell'infezione da *Helicobacter pylori* nella pratica clinica.

**Direttore Divisione Ricerca
FIMMG-METIS
Specialista in Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva*

La valutazione sotto il profilo dell'economia sanitaria dell'infezione da *Helicobacter Pylori*

- L'infezione da *Helicobacter pylori* è la principale causa di gastrite, di malattia peptica, ed è correlata in modo significativo ai linfomi gastrici a basso grado, e più in generale al cancro gastrico, essendo considerato un carcinogeno di classe 1.
- La triplice terapia con inibitori di pompa protonica, amoxicillina, e claritromicina o metronidazolo è stata considerata per lungo tempo la terapia di riferimento per l'eradicazione dell'infezione. Tuttavia, diverse meta-analisi hanno evidenziato una riduzione della sua performance, con eradicazione media di circa il 70%.
- Recentemente è stato proposto un nuovo schema terapeutico, denominato terapia sequenziale, che si basa sulla somministrazione di inibitori di pompa protonica e amoxicillina per 5 giorni, seguito da claritromicina, tinidazolo ed inibitori di pompa protonica per altri 5 giorni. Una recente meta-analisi ha analizzato tutti gli studi randomizzati controllati dove la terapia sequenziale è stata paragonata alla triplice terapia, evidenziandone la superiorità in termini di eradicazione, con incidenza di effetti collaterali sovrapponibili a quelli osservati nella triplice terapia.

Prima della scoperta dell'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*), la malattia peptica veniva spesso riassunta nella massima "no acido, no ulcera", con il risultato che molti pazienti assumevano una anti-acido terapia per molti anni. Dopo la scoperta che l'infezione da *H. pylori* rappresentava la principale causa di malattia peptica, la gestione di questa patologia è cambiata significativamente. Sia la terapia acido-soppressiva che l'eradicazione dell'infezione sono efficaci nella guarigione delle ulcere peptiche, le quali però è probabile che possano recidivare se la terapia eradicante non debella l'infezione. Mentre vi sono pochi dubbi sull'efficacia della terapia eradicante nella malattia peptica, è importante valutare se questo trattamento presenti un rapporto di costo-efficacia favorevole. La forte efficacia clinica di un trattamento relativamente poco costoso quale l'eradicazione sembra suggerire che il trattamento dell'*H. pylori* in questo contesto rappresenti un efficiente uso delle risorse. Infatti, modelli economici hanno chiaramente indicato che la terapia eradicante rappresenta un trattamento con un rapporto costo-efficacia favorevole quando paragonato a nessun trattamento, o alla sola terapia acido-soppressiva. A conferma di ciò, due studi randomizzati controllati esegui-

ti rispettivamente negli Stati Uniti, ed in Inghilterra, hanno dimostrato che l'eradicazione dell'infezione nei pazienti con ulcera duodenale era statisticamente più efficace ed economica della terapia di mantenimento con antagonisti dei recettori H2, con un risparmio di più di \$500 nello studio americano, e più di £40 nello studio inglese. Questa situazione rappresenta uno dei rari casi in economia sanitaria dove un nuovo intervento è più efficace e meno costoso del vecchio intervento: ovvero l'eradicazione dell'infezione nei pazienti con ulcera peptica rappresenta dal punto di vista di costo efficacia la strategia dominante. Non va inoltre dimenticato che la malattia peptica determina una significativa riduzione della qualità di vita per i pazienti, e che l'eradicazione dell'*H. pylori* migliora inoltre la qualità di vita di questi in maniera più efficiente rispetto alla terapia acido-soppressiva.

*Estratto dallo studio presentato al 65° Congresso Fimmg Metis da Luigi Gatta (Ospedale della Versilia; Dipartimento di Scienza Cliniche, Università di Parma), Carlo Gargiulo (mmg, Roma), Dino Vaira (Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Università di Bologna)
email: berardino.vaira@unibo.it*

CASO CLINICO

*Aneurisma dell'aorta addominale e dell'arco aortico in grande anziano***Decidere con la mano sulla coscienza**

Come spesso avviene, i casi che il medico di famiglia incontra sul suo percorso non sono quelli da protocollo terapeutico con i classici criteri di inclusione ed esclusione. Nella maggioranza delle situazioni siamo di fronte a pazienti con

polipatologia e che spesso presentano aspetti diversi di una medesima patologia. Poi esistono problemi di gestioni di determinate patologie riguardo la pertinenza chirurgica, che cambiano l'approccio vista l'età avanzata dei soggetti.

di Stefano Nobili*

IL CASO

La vicenda clinica di Francesco, 88 anni, è tipica di quanto sopra.

Il paziente ha vissuto in gioventù un'esistenza piena e ricca di storia: sottufficiale dell'esercito nel 1941 durante la campagna di Russia, era stato ferito da una scheggia di granata di 6 cm che si era conficcata nella coscia destra e che lì era rimasta, orgogliosamente citata nei suoi racconti. Aveva subito la frattura della spalla sinistra e della tibia omolaterale nel corso di un incidente stradale, durante l'attività di collaudatore automobilistico (1949). Ha fumato fin da giovane circa 20-30 sigarette al giorno fino al 1987, quando ha smesso da un giorno all'altro. Di questi stessi tempi il riscontro di ipercolesterolemia (valori di colesterolo totale, anche con dieta povera di grassi, variabili da 250 a 285 con HDL 45, trigliceridi 150); aveva anche assunto simvastatina 20mg con effetti collaterali caratterizzati da insonnia, cefalea e mialgie e lieve rialzo di CPK, per il quale si decideva di sospendere il farmaco e di attenersi alla dieta. Nel 1991, in seguito ad una visita routinaria per un dolore addominale riferito di scarsa importanza, veniva casualmente riscontrata dal medico curante una sospetta iperpulsatilità addominale.

In seguito a valutazione da parte del chirurgo vascolare che poneva diagnosi di sospetto aneurisma dell'aorta addomi-

nale, il paziente era sottoposto prima a ecografia dei grossi vasi con riscontro di sospetto aneurisma dell'aorta addominale sottorenale e in seguito ad angiografia digitalizzata venosa dell'aorta e delle arterie femorali (Fig. 1) che confermava la "dilatazione aneurismatica fusiforme dell'arteria addominale nei due terzi distali, di 5cm. Non interessamento delle arterie renali che hanno calibro e decorso nei limiti di norma. Arteria mesenterica ndp. Ectasia dell'arteria iliaca comune dx.". Nulla alle arterie iliache esterne, alle femorali comuni, profonde e superficiali. Il paziente veniva quindi sottoposto ad endoaneurismectomia con innesto aorto-aortico in elezione.

Nel 1994 il paziente era ricoverato per episodio di fibrillazione atriale parossistica dopo il quale veniva messo in terapia con propafenone 150mg x 3 die. Nel 1997 nuovo ricovero per episodio di macroematuria con riscontro ecografico di cisti renale sinistra di 8.7cm al terzo medio superiore. Cistoscopia negativa per neoplasia e negativa anche la ricerca di cellule tumorali nell'esame citologico urinario.

Nel 2002 nuovo episodio di fibrillazione atriale regredita spontaneamente in PS. All'ecocardiogramma mono-bidimensionale e color doppler: lieve insufficienza aortica, minima insufficienza mitralica, lieve ipertrofia ventricolare sinistra concentrica. Si propendeva per

continuare la terapia con propafenone 150mgx3 die e di aggiungere enalapril 5mg, visti i valori pressori ottimali. Veniva comunque prescritta TC del torace che evidenziava un'aorta ascendente di 3.8cm, arco di 4.3, aorta discendente di 3.3cm. La valutazione da parte sia del chirurgo toracico che del chirurgo vascolare in merito ad un eventuale approccio chirurgico dell'iniziale dilatazione dell'arco era attendista e di controllo dei valori pressori nel tempo.

Da quel tempo il paziente non aveva avuto problemi particolari e, per sua volontà, non aveva seguito un follow up in merito fino al 2009, quando il quadro generale ha mostrato un deterioramento lento e progressivo: dal punto di vista neurologico il soggetto iniziava a presentare dismnesie, reiterazione e fissazione del pensiero, forma ansioso-depressiva con crisi scatenate da problemi minimi. Era valutato dal medico curante e da un neuropsichiatra, amico di famiglia, che ponevano diagnosi di decadimento cognitivo e forma di demenza senile su verosimile base vascolare. Agli esami generali si confermava una lieve forma diabetica con glicemia basale di 120mg/dl, creatininemia 1.3, Hb 11.2, GR 3640000, elettroliti, funzionalità epatica, markers tumorali, psa, nella norma. La TC cerebrale non evidenziava lesioni focali, salvo una lieve dilatazione ventricolare e un'atrofia diffusa della sostanza bianca. La radiografia del torace mostrava invece un voluminoso aneurisma dell'arco aortico (Fig. 2) da approfondire attraverso TC toracica, eseguita senza mdc: "voluminoso aneurisma di tutta l'aorta toracica più evidente a livello dell'arco con misura massima trasversale di 10cm condizionante impronta e medializzazione del bronco principale sx e minima dislocazione delle strutture mediastiniche. Dilatazione aneurismatica del tratto discendente dell'aorta toracica che in sede sopradiaframmatica, al passaggio toraco addominale presenta un diametro massimo anteroposteriore di 9cm. Non evidenti lesioni pleuroparenchimali in atto. Presenza di cisti renale sx di 12cm".

Di nuovo interpellati, i chirurghi vascolari e toracici confermavano il comportamento del 2002 giudicando l'eventuale approccio chirurgico molto rischioso per le complicanze intra e post operatorie e propendevano sempre per la terapia di controllo pressorio. Il paziente non ha mai presentato dispnea, disfonia e disfa-

Figura 1

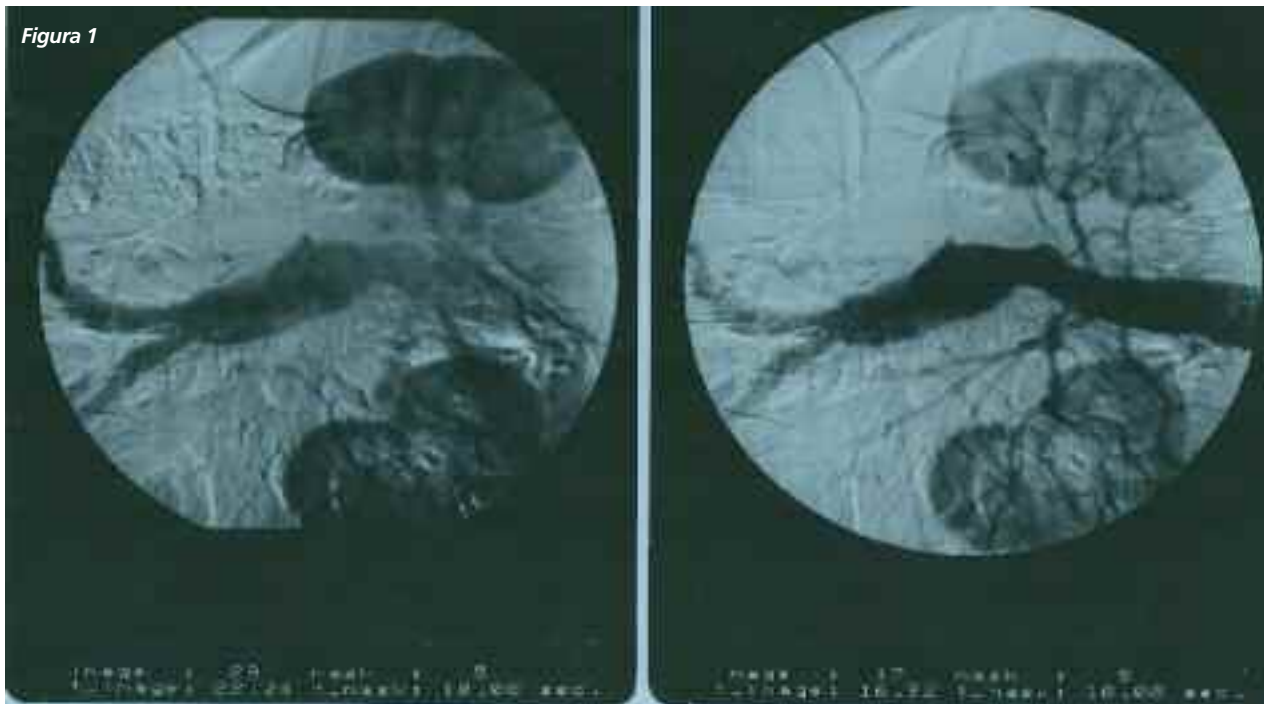


Figura 2



gia. Dopo alcuni mesi dagli accertamenti, si è verificato il decesso del paziente, secondo il referto PS ospedaliero e viste le modalità ex post, per “probabile morte improvvisa in soggetto con aneurisma dell’arco aortico di 10cm” (tamponamento cardiaco in fase di rottura, emotorace?).

COMMENTO

Il caso riguarda un soggetto con un quadro patologico dei grossi vasi arteriosi, con fattori di rischio modificabili (intolleranza ai glucidi – di vecchia dizione! –, fumo e ipercolesterolemia) e non modi-

ficabili (età e sesso maschile). L’approccio del 1991 all’aneurisma addominale è stato corretto riguardo le linee guida: basso rischio operatorio per diametro aneurismatico entro i 5cm, non storia familiare di aneurisma e ipertensione arteriosa, età ≤ 70 anni; rischio moderato per il fumo in anamnesi (Pearce, Northwestern School of Medicine, oct 28, 2009, www.Emedicine.org).

Il problema sul che fare in un grande anziano con segni di decadimento generale si è posto drammaticamente quando è stato scoperto, o a dir meglio confermato, l’aneurisma di tutto il trat-

to ascendente-arco-discendente toracico. La degenerazione aneurismatica è comune nella popolazione anziana per modifiche nella struttura del collagene e dell’elastina dei grossi vasi, con frammentazione delle fibre elastiche e necrosi cistica della media arteriosa. La maggioranza dei soggetti con aneurisma toracico è diagnosticata casualmente con una Rx del torace standard (Tseng e Cohen, University of California nov 17, 2009, www.Emedicine.org). Certamente le linee guida consigliano un follow up riguardo l’accrescimento annuale delle dimensioni dell’aneurisma, ma in questo caso non è stato eseguito alcun controllo nel tempo. L’aneurisma dell’aorta ascendente può causare insufficienza aortica, quello dell’arco dissonia per interessamento del nervo ricorrente e l’aneurisma discendente può comprimere trachea o bronco con conseguente dispnea, tosse, sintomi questi ultimi che il paziente non ha mai riferito. La letteratura consultata (di scuola Usa) ha evidenziato la controindicazione “individualizzata” all’intervento chirurgico in soggetti anziani o con condizioni di comorbidità associate. Nel caso descritto, la valutazione si è basata sul consiglio spassionato e umano di chirurghi che hanno risposto tecnicamente ma anche con la “mano sulla coscienza”.

**Mmg, Fimmg, Milano*

Vaccinazione HPV

Copertura vaccinale: obiettivi lontani

di Antonio Perino*

■ ■ A tre anni dall'avvio delle campagne di vaccinazione contro il Papillomavirus la copertura obiettivo rimane lontana. Nuovi dati, intanto, confermano l'efficacia dei vaccini

A partire dal 2007 è stata avviata in Italia una campagna di vaccinazione contro il Papillomavirus umano (Hpv), un virus molto comune che si trasmette per via sessuale. L'Hpv ha una diffusione massima tra i giovani ma la sua trasmissione non si lega a comportamenti sessuali a rischio né colpisce particolari fasce di popolazione, tant'è che si stima che almeno il 70 per cento della popolazione sessualmente attiva entri in contatto con il virus almeno una volta nella vita.

Il Papillomavirus è la causa di numerose patologie infettive, genitali e non, che colpiscono donne e uomini. La più nota è il cancro del collo dell'utero, ma questo virus è anche causa di altri tumori, tra cui quelli di vulva, vagina, pene, ano, orofaringe e dei condilomi genitali.

L'Hpv rappresenta dunque una seria e concreta minaccia per la salute. A differenza delle altre malattie sessualmente trasmesse, per combattere il virus la prevenzione rappresenta l'unica mossa vincente per dare scacco a questo temibile nemico. L'uso del preservativo, pur rimanendo uno strumento di fondamentale importanza nella protezione dalle malattie sessualmente trasmesse, non è totalmente efficace per la prevenzione dell'Hpv perché il virus si trasmette anche solo per contatto intimo.

A oggi sono in commercio due vaccini: il bivalente (Cervarix®) che pro-

tegge da due tipi di Hpv (il 16 e il 18) ed è indicato per le donne dai 9 ai 25 anni, e il quadrivalente (Gardasil®) che protegge dai tipi 6, 11, 16 e 18 ed è indicato per le donne dai 9 ai 45 anni d'età e per i maschi dai 9 ai 15 anni. Entrambi i vaccini sono risultati altamente efficaci e sicuri, garantendo una protezione da circa il 70% dei casi di cancro del collo dell'utero. Il quadrivalente offre altresì una protezione dalle lesioni precancerose della vulva, della vagina e dal 90% dei condilomi genitali.

L'efficacia del vaccino quadrivalente nel prevenire il 90% delle infezioni persistenti e delle lesioni Hpv correlate nelle donne fino a 45 anni d'età è stata ampiamente dimostrata da recenti studi clinici.

Un'analisi condotta su oltre 17.000 donne e presentata lo scorso febbraio al congresso Eurogin, ha inoltre evidenziato che in donne già sottoposte a trattamenti di cura per una precedente malattia da Hpv, (lesioni precancerose del collo dell'utero, della vulva e della vagina) il vaccino quadrivalente è in grado di ridurre del 65% le recidive.

Ma le novità non finiscono qui: uno studio condotto lo scorso anno presso il Centro di Salute Sessuale di Melbourne ha registrato, dopo un

solo anno di campagna di vaccinazione con il vaccino quadrivalente, una riduzione del 50% dei nuovi casi di condilomi genitali nelle donne fino a 28 anni, ovvero il target del programma vaccinale.

Il vero problema ancora irrisolto rimane però l'effettiva copertura vaccinale della popolazione a rischio. Ad oggi la situazione italiana è ancora a macchia di leopardo a causa di una disomogeneità tra quelle che sono state le scelte operate a livello regionale e l'obiettivo nazionale di sanità pubblica.

La vaccinazione è gratuita e raccomandata per le ragazze dodicenni. A circa tre anni dalla partenza del programma di prevenzione, nonostante la chiamata attiva da parte delle asl e la gratuità, i dati di copertura in questa fascia sono molto diversi tra le varie regioni e in alcuni casi ancora bassi.

Per cercare di favorire in modo concreto l'accesso a questa vaccinazione anche da parte delle altre fasce d'età per le quali la vaccinazione è indicata ma che non rientrano nella gratuità, in molte Regioni è stato avviato il "social price" o co-pagamento, una misura economica consistente nell'offerta presso le ASL della vaccinazione anti-HPV ad un prezzo sostanzialmente ridotto rispetto a quello praticato in farmacia (circa un terzo del prezzo al pubblico). A seconda della regione di appartenenza, il social price è offerto alle ragazze fino a 18 o fino ai 26 anni di età.

Questa possibilità e opportunità mette in condizione molte donne di poter scegliere liberamente e consapevolmente, dietro consiglio del proprio medico, come proteggere la propria salute nel modo più completo, sicuro ed efficace possibile.

Alla libertà di scelta deve però accompagnarsi anche un'adeguata ed efficace informazione sulla patologia, sulle opzioni di prevenzione primaria e secondaria e sui trattamenti disponibili. Un compito, quest'ultimo, che

non spetta soltanto al ginecologo ma anche al medico di famiglia, il primo e più assiduo interlocutore delle donne.

*Direttore della
Clinica Ostetrica
e Ginecologica
dell'Università degli
Studi di Palermo

“
Il Papillomavirus è la
causa di numerose
patologie infettive,
genitali e non,
che colpiscono
donne e uomini

*Al via un progetto
per il paziente diabetico anziano*

Servono più strumenti per migliorare l'attività clinica e professionale

di Walter Marrocco, Andrea Pizzini e Gallieno Marri

Il Diabete Mellito (DM) per la sua elevata prevalenza, la sua lunga durata d'impatto, l'ampio spettro di complicanze e per le sequele, emotive e psicologiche, rappresenta un problema sanitario rilevante per la popolazione anziana. Inoltre è noto come la prevalenza del DM nella popolazione aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età almeno sino ai 65-70 anni di età (figura). Per tale ragione, oltre che per il previsto aumento dell'invecchiamento della popolazione generale, si assisterà ad un progressivo incremento di diabetici anziani nel corso delle decadi future.

Le ragioni alla base dell'incremento del rischio di DM con l'invecchiamento sono complesse e non ancora del tutto comprese, anche se si può di certo affermare che concorrono sia una riduzione della sensibilità insulinica (insulino-resistenza), sia una relativa riduzione progressiva della secrezione insulinica. Si possono così distinguere due popolazioni distinte tra di loro:

- diabetici divenuti anziani
- gli anziani divenuti diabetici.

Il primo gruppo è costituito di diabetici di tipo 1 e di tipo 2 divenuti anziani, abituati alla malattia, e non pone eccessive difficoltà di gestione, comportando solamente una adeguata revisione degli obiettivi terapeutici.

Il secondo gruppo, quello dei pazienti divenuti diabetici dopo i sessantacinque anni, per le peculiarità tipiche dell'età, è quello che pone più problemi dal punto di vista terapeutico e gestionale, con la

necessità di modificare abitudini di vita ed alimentari inveterate. Sul piano prognostico, più ancora che sull'aspettativa di vita, la presenza del DM nell'anziano rappresenta un importante fattore di rischio per la comparsa di disabilità, che è più evidente nei pazienti con età inferiore agli 80 anni. Alla disabilità concorrono, oltre alle complicanze micro- e macrovascolari del diabete (retinopatia, cardiopatia ischemica, ecc.), i disturbi cognitivi, che sono più frequenti nei pazienti insulino-trattati ed in quelli con altre patologie concomitanti (in particolare l'ipertensione).

Altro importante problema spesso misconosciuto nel diabetico anziano è rappresentato dal rischio delle ipoglicemie. I principali fattori predisponenti sono: uno scorretto o inadeguato apporto nutrizionale, la compromissione dello stato cognitivo (mancata percezione dei sintomi), la politerapia e la scarsa adesione alla stessa, la difficoltà a correggere precocemente le ipoglicemie, l'insufficienza epatica o renale, le comorbidità che confondono o mascherano i sintomi. Gli obiettivi della terapia del DM dell'anziano non differiscono dalle altre categorie di diabetici. È tuttavia necessario che il Mmg valuti l'anziano nel suo insieme: vanno infatti tenuti ben presenti alcune peculiarità tipiche di questa età che tuttavia condizionano notevolmente la gestione pratica. Questi possono essere così riassunti ed elencati:

- gli obiettivi terapeutici perseguibili, pur dovendo essere in ogni caso stabiliti,

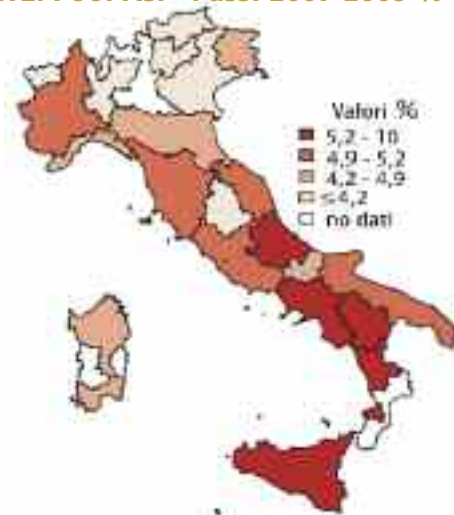
sono spesso diversi da quelli di una persona diabetica di età adulta;

- la terapia dietetica riveste un ruolo meno importante;
- l'attività fisica può essere un serio problema per l'anziano che spesso non ha la possibilità di eseguire neanche modesti movimenti;
- se sono presenti limitazioni di tipo motorio, visivo, intellettuale, cognitivo, può essere prudente scegliere il minor rischio terapeutico piuttosto che il trattamento teoricamente più adeguato;
- controindicazioni e posologia dei farmaci antidiabetici devono essere attentamente considerate e valutate in relazione alle altre terapie che il paziente esegue ed in base alle limitazioni fisiche, sociali ed economiche che il paziente presenta;
- spesso può essere utile, se non in alcuni casi indispensabile, coinvolgere un familiare nel percorso educativo e nella gestione pratica della malattia della persona anziana, e dare al paziente stesso solo semplici informazioni di base (ad esempio sull'ipoglicemia).

Nessuna terapia può essere considerata totalmente sicura in questi pazienti, ma nessuna terapia può essere negata a priori con il solo criterio dell'età avanzata. Il medico di famiglia (Mmg) è il professionista che ha in cura il paziente anziano con DM, spesso lo conosce già da molti anni per un rapporto di fiducia che si è instaurato nel corso di numerosi anni di vita. Conosce bene anche la sua rete di sostegno e le sue condizioni socioeconomiche. È anche il medico che ha in cura l'intero insieme di problemi sanitari di una persona che spesso ha una

segue a pag. 28 ►

PERSONE CHE RIFERISCONO DI AVERE IL DIABETE. Pool Asl - Passi 2007-2009 %



Un nuovo libro di Claudio Capitini

La sanità è un teatro

Claudio Capitini è un giornalista che dirige da anni l'Ufficio Stampa e Comunicazione delle Usl di Verona. Forte della sua pluriennale esperienza si è cimentato nella scrittura di un libro sul mondo sanitario, *Il palcoscenico della cura*. Capitini paragona il mondo sanitario ad un grande teatro in cui tutti i personaggi (malati, medici, infermieri, amministrativi ecc) si muovono come attori, seguendo un filo conduttore che dovrebbe essere quello della difesa della salute e della diffusione a qualunque livello del benessere fisico, psichico e sociale sia nella società che per i singoli individui. Leggendo questo libro, si ha l'impressione che davvero ciascuno dei protagonisti abbia il suo preciso ruolo con un vestito

costruito addosso (i malati sono in pigiama, i medici in camice bianco, gli infermieri indossano calzoncini e casacca bianchi, gli amministratori giacca e cravatta). Ma questo non è che un aspetto del mondo sanitario dove intervengono molti altri fattori. L'aspetto "economicistico" appare nella sua inadeguatezza, poiché il paziente non può certo essere ridotto ad un oggetto che ha un costo o peggio a "qualcosa" che dovrebbe produrre reddito. Ma la "rappresentazione teatrale" ha anche delle evidenti crepe, corruzione e raccomandazioni che soprattutto in alcune aree del nostro Paese la fanno da padrone. E un altro aspetto di questo particolare teatro riguarda la metamorfosi degli attori: i medici non sono più considerati credibili come nel passato, i pa-

zienti grazie a mezzi di comunicazione (internet per esempio) credono di sapere tutto. Tutto questo ha dato origine a quel fenomeno, impensabile fino a qualche decennio orsono, della medicina difensiva. D'altronde, quando "Quaranta medici vengono denunciati ogni giorno con una media di 15.000 casi all'anno. E sapendo che ogni medico italiano ha - in vent'anni di attività - l'80 % di probabilità di finire in tribunale" come non pensare alla necessità di introdurre correttivi comunicativi fra medici e pazienti e riflettere proprio sull'importanza di una corretta informazione? Proprio questo è il centro della riflessione di Capitini, insieme alla sottolineatura che, nonostante tutto, nel teatro della salute avvengono giornalmente episodi di grandissima portata umana e scientifica ed esistono attori di eccellenza, capaci di produrre salute laddove solo qualche anno fa dominava una fatale rassegnazione. Ed è questo che apre la porta alla speranza.

P.G.



Claudio Capitini
Il palcoscenico della cura.
Comunicare salute
Ars Medica,
Legnano 2010-12-09 pp. 376

► segue da pag. 27

media di 3-5 malattie croniche da considerare contemporaneamente. Ogni persona deve essere considerata come unica nell'insieme delle variabili bio-clinico-sociali che lo compongono.

In questi ambiti la Fimmg-Metis è da tempo impegnata nello sviluppo di strumenti per consentire ai Mmg di migliorare le proprie performance in ambito clinico-professionale; molte di queste esperienze si sono concretizzate nella Scuola Nazionale di Medicina degli Sti-

li di Vita. Nello specifico, per il paziente diabetico anziano la Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita con la Fondazione Sanofi Aventis intende sviluppare un percorso formativo che, creando strumenti e metodi per affrontare tutti i problemi diagnostico-gestionali accrescendo nella MG la cultura della Comunicazione come Relazione, inteso come imprescindibile prerequisito per un approccio comportamentale. Obiettivo di questo percorso formativo è quello di ottimizzare il rapporto fra medico

e paziente, mettendoli sullo stesso piano, fornendo al medico strumenti per osservare il paziente e, contestualmente, un metodo di autovalutazione anche con il confronto con colleghi che si sono impegnati in questo stesso studio. Tutto ciò potrà condurre medico e paziente a scelte condivise e consapevoli evitando quel disagio che, non ultimo, ha ripercussione anche di tipo economico (esagerata prescrizione per autodifesa, etc), ma che principalmente è causa di burn-out e disaffezione per la professione.



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
Lucia Conti, Fiorenzo Corti, Ezio Cotrozzi,
Bruno Cristiano, Paolo Giarrusso,
Vincenzo Landro, Ester Maragò, Gallieno Marri,
Walter Marrocco, Antonino Michienzi,
Paolo Misericordia, Stefano Nobili,
Antonio Perino, Andrea Pizzini, Mariano Rampini,
Umberto Rossa, Angelo Sabani,
Guido Sanna, Stefano Zingoni

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Foto
Fabio Ruggiero
Stampa
Tecnostampa

Via Le Brece - 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di dicembre 2010
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003

Testata associata a
ANES
Associazione Nazionale Editori del Settore Sanitario



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

RINASCERE

alle terme di Toscana

www.turismo.intoscana.it
VOGLIO VIVERE COSÌ



Regione Toscana





Richiedi un preventivo
I nostri funzionari sono
a tua completa
disposizione

Club
NO STOP
10.00-19.00



Area Blu:
Sede Nazionale e Interreg.

Via G. Marchi, 10 - 00161 (RM)
e-mail: info@clubmedici.it

Area Verde:
Sede Interregionale

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

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

**LA CESSIONE DEL V
DELLO STIPENDIO SENZA SPINE
DI CLUB MEDICI**



Per te
FINO A
100.000 euro

**Per medici di base, ospedalieri,
pediatri, ambulatoriali e pensionati**

TAN e TAEG convenzionato

**Importo erogabile
fino a 100 mila euro**

Raccolta dei documenti personali
sul posto di lavoro, presso lo Studio e
presso la ASL di riferimento

**Assistenza Club Medici durante l'iter
del finanziamento** fino all'erogazione.

MUTUODOCTOR

**LE MIGLIORI CONVENZIONI
NEL SETTORE SANITARIO**



il Club Medici garantisce

Scelta dell'istituto bancario che offre
la convenzione più competitiva nel
settore sanitario;

Preventivazione dettagliata e completa
in ogni sua parte (tassi, rata, piano di
ammortamento, spese, polizze richieste
etc.) inviata tramite e-mail o fax;

Individuazione dello sportello bancario
convenzionato territorialmente più vicino
al socio.

In convenzione con:

- Ordine dei Medici di Roma e Prov.
- Commissioni Albo Odontoiatri
- Associazioni Medico Scientifiche
- Sindacati

**AGENZIA
VIAGGI Club**



*Per noi del Club Medici ogni meta è
scelta con cura e ogni partenza è
un'esperienza impareggiabile. Non solo
turista, ma interprete del viaggio: è
questo l'obiettivo delle proposte che
formuliamo per i soci*

**SERVIZIO DI CONSULENZA
E PRENOTAZIONI PER**

- Viaggi organizzati individuali e di gruppo
- Soggiorni mare, montagna, terme
e agriturismo
- Hotel, villaggi turistici, residence, crociere
marittime e fluviali
- Pacchetti speciali per viaggi di nozze
- Last minute e offerte speciali
- Biglietteria aerea nazionale e internaz.
- Biglietteria marittima

**Sconti su prenotazioni
con tutti i tour operator
nazionali, villaggi turistici
e alberghi convenzionati**

**Con Club Medici
sei assicurato al 100%
su prenotazioni e partenze**