



# AVVENIRE MEDICO

**SPECIALE CONGRESSO** I lavori del 66° Congresso nazionale Fimmg-Metis / 4  
**PREVIDENZA** Oliveti: "Ecco la riforma previdenziale per la Medicina Generale / 10  
**FIMMG UNDER 40** I giovani al Congresso di Villasimius / 29  
**ALIMENTAZIONE** Validata la dieta on line della Scuola nazionale di Medicina degli Stili di vita / 32



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

9-11

N. 9 - 2011

MENSILE XLIX ANNO



EDITORIALE

## Riscrittura dell'articolo 8 e della nuova Convenzione. Una scommessa per lo sviluppo dell'assistenza primaria

**Giacomo Milillo**  
Segretario nazionale  
Fimmg

**P**arlare di sviluppo di un'area del welfare in questo momento di grave crisi economica potrebbe sembrare azzardato. Ma, in un Ssn sofferente di sindrome da sottofinanziamento cronico, la Medicina Generale ha il diritto/dovere di proporre percorsi originali finalizzati al recupero di finanziamenti che la fiscalità generale non è più in grado di offrire. È recente la nascita, nell'ambito di Confprofessioni, di un sistema di Confidi (Fidiprof Nord e Fidiprof Centro-Sud) finalizzato a offrire finanziamenti a tasso agevolato ai professionisti italiani. Come Fimmg abbiamo lavorato molto a questo risultato. Ora, utilizzando questa opportunità, possiamo lavorare affinché i costi correlati ad obiettivi di assistenza a carico dei Ssr possano essere ridefiniti a valori inferiori a quelli attuali, comprendendo nel costo corrente l'ammortamento degli investimenti. È indispensabile poi impostare l'attività sindacale in un contesto che vede diversi modelli erogativi regionali. Vorremmo che tali

modelli, pur tenendo nel dovuto conto le specificità dei singoli territori, prevedano il coinvolgimento di tutti i professionisti, compresi i medici di medicina generale, programmando le attività del territorio in coerenza con l'offerta ospedaliera e dei servizi di secondo livello.

Inoltre, continuiamo a dichiarare imprescindibile il rapporto di fiducia continuato nel tempo tra medico e paziente, ma non possiamo non sottolineare nuovamente come sia necessario per la medicina generale abbandonare l'attività solista: l'esigenza dei cittadini, la complessità dei processi assistenziali, i maggiori carichi burocratici-amministrativi-istituzionali richiedono una serie di attività complementari che possono essere svolte solo con il lavoro di squadra.

Per ottenere questi risultati, sono necessarie modifiche alla legge e al contratto: se la riscrittura dell'articolo 8 del DL 502/517 è a buon punto, i prossimi mesi saranno dedicati a riscrivere la prossima Convenzione.

*I lavori del 66° Congresso Fimmg Metis*

# Verso il cambiamento della Medicina Generale

■ ■ Una settimana di lavoro intenso, fatto di workshop, incontri tematici, discussioni assembleari. Al centro la discussione avviata con la proposta della ri-fondazione della Medicina Generale, che oggi, sia pure con tante

difficoltà, comincia a prendere corpo, grazie alla presenza sempre più numerosa di giovani tra i delegati e all'attenzione delle istituzioni sanitarie, a cominciare dal ministro della Salute Ferruccio Fazio.

di Eva Antoniotti

I lavori del 66° Congresso Fimmg Metis hanno occupato un'intera settimana, dal 3 all'8 ottobre scorsi, al Tanka Village di Villasimius. Non c'è stato molto tempo per i delegati per godere delle magnifiche giornate di sole e della splendida spiaggia bianca, perché gli appuntamenti erano davvero tanti e tutti assai partecipati. Accanto ai workshop su temi di aggiornamento professionale (dall'ecografia all'educazione terapeutica, dagli stili di vita sani alle principali patologie croniche, dal web alla genetica), numerosissimi anche gli incontri sulle specifiche tematiche organizzative e sindacali, dall'informatica alla previ-

denza.

Giornata clou per il versante politico sindacale del Congresso Fimmg, è stata quella di giovedì 6 ottobre. La seduta pomeridiana si è aperta con la consegna del Premio Mario Boni (v.box pag. 8), cui ha fatto seguito un video messaggio registrato di **Eolo Parodi**, presidente dell'Enpam, che ha richiamato tutti all'unità, unico strumento vincente in questi tempi di crisi.

Ha preso poi la parola il presidente della Fnomceo **Amedeo Bianco**, che ha ricordato come in questi anni si sia lavorato per consolidare i rapporti tra le istituzioni ordinistiche e i sindacati "perché



solo il dialogo e l'incontro possono reggere le sfide dei cambiamenti in atto". La vicenda dei certificati on line, che ha

segue a pag. 8 ►

## FAZIO: "ECCO COME CAMBIEREMO L'ARTICOLO 8"

Il ministro illustra la bozza di riordino delle cure primarie e i suoi punti qualificanti: revisione dell'articolo 8 del 502/92, accesso e ruolo unico per le diverse forme della medicina generale (mmg, di Continuità Assistenziale, dei servizi); l'introduzione di aggregazioni funzionali e Uccp, da armonizzarsi con le scelte compiute dalle singole Regioni; rifiuto di ogni ipotesi di passaggio alla dipendenza dei mmg; definizione del nuovo profilo professionale degli Assistenti di Studio del medico. Il ministro Fazio prende la parola subito dopo la conclusione della relazione congressuale del segretario Fimmg **Giacomo Milillo**. "Non posso fare promesse, ma garantisco il mio impegno nel portare i vostri temi sul tavolo del Governo", dice in apertura Fazio. E gli impegni che prende sono molti. Il più importante riguarda il riordino delle cure primarie, discusso il

26 settembre scorso in un Tavolo tecnico che riuniva rappresentanti del ministero, delle Regioni e dei sindacati. Un testo che, riformando l'articolo 8, accoglie nella sostanza lo spirito della ri-fondazione della Medicina Generale avanzata dalla Fimmg.

Secondo il ministro, essendo il testo già stato condiviso dalle Regioni in sede tecnica, non dovrebbero esserci difficoltà nel prossimo passaggio nella conferenza degli assessori regionali. Dopo aver ricevuto anche questo vaglio, il testo dovrebbe essere trasformato in disegno di legge di iniziativa del Governo e quindi avviare il proprio iter parlamentare. Complessivamente, secondo Fazio, tutto questo potrebbe realizzarsi entro un anno.

Annuncia poi di aver avviato un confronto con **Guido Rasi**, presidente dell'Aifa, per una revisione complessiva delle regole relative alla prescrivibilità dei farmaci innovativi, che preveda controlli più stringenti sulla loro effettiva vantaggiosità rispetto a quelli già in commercio, ma che preveda anche la possibilità che siano prescritti anche dai medici di medici-

## MILILLO: "ECCO COME VOGLIAMO RIFORMARE LA MG"

Una relazione ampia, fatta di proposte e di molta consapevolezza. Con la convinzione che proprio nei momenti di crisi è necessario avere il coraggio di cambiare. Di seguito ne offriamo una sintesi, mentre il testo completo è disponibile sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)

### La crisi

Nelle situazioni di crisi, è ormai chiaro a tutti, si offrono anche le opportunità per i cambiamenti e si misura la capacità dei soggetti e delle parti sociali di imboccare vie di involuzione o di evoluzione, quest'ultima come unica chiave di progresso.

Negli ultimi anni abbiamo analizzato e discusso le criticità che hanno tarpato le ali alla nostra categoria: concorrenza sulle scelte, divisione in settori, struttura del compenso, scarsità di finanziamenti per i fattori di produzione dell'assistenza, isolamento nella pratica professionale, degenerazione dei metodi e dei contenuti negoziali ed altre minori; tutte hanno creato barriere all'integrazione fra noi e con altri professionisti. Sulla base di questa analisi abbiamo definito la proposta della "Ri-fondazione della Medicina Generale" orientata non già a disegnare modelli organizzativi, ma piuttosto condizioni di attività e di relazioni professionali che consentano alla Medicina Generale di passare realmente dalla pratica singola al lavoro di squadra.

### Il blocco delle Convenzioni

Il blocco del rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale

(ACN) fino al 2014, combinato all'aumento dell'IVA, rispetto alla quale noi siamo consumatori finali, esaspera quel meccanismo di strangolamento che denunciavamo da tempo, per effetto della prevalenza della quota capitaria omnicomprendiva nell'attuale strutturazione del compenso. Le spese per sostenere i fattori di produzione dell'assistenza sono destinate ad aumentare in proporzione ancora maggiore rispetto al passato, erodendo una percentuale sempre grande del totale delle entrate, che resterà invece fermo. Più fermo rispetto a quello degli altri, perché la categoria non ha diritto neppure a quel minimo ristoro rappresentato dalla "vacatio contrattuale", che rivendichiamo come atto di giustizia perequativa, che deve valere anche nell'attuale disgraziata contingenza. Chiediamo a Governo e Regioni di rimediare a questa ingiustificabile penalizzazione.

### La ri-fondazione della medicina generale

La Medicina Generale vuole essere messa nelle condizioni di lavorare in squadra, ai vari livelli, con una crescita graduale e progressiva. Prima di tutto i medici vogliono lavorare in squadra nella Medicina Generale, poi con tutti i professionisti del territorio per poi essere concretamente nelle condizioni di poter affrontare l'ineludibile integrazione tra ospedale e territorio. Lo chiediamo esplicitamente a Governo e Regioni. In sostanza sono tre gli obiettivi fondamentali che perseguiamo:

1. l'accesso e il ruolo unico dei medici di medicina generale per aumentare la nostra flessibilità, rendere possibile il lavoro di squadra e offrire alla categoria prospettive professionalmente motivanti;
2. il consolidamento del ruolo e delle funzioni delle Ag-

*segue a pag.6 ►*



na generale. Riguardo ai farmaci generici, il ministro condivide la posizione espressa da Milillo nella sua relazione: preferire i farmaci a brevetto scaduto quando è utile e possibile, ma rispettare comunque la scelta terapeutica del medico prescrittore e quindi no ad ogni ipotesi di sostituibilità del farmaco con altro equivalente senza il consenso del medico. Fazio annuncia anche interventi a breve sul sistema dell'emergenza-urgenza, che distinguano tra casi più gravi, da trattare nei Pronto Soccorso degli ospedali, e casi più lievi, da affidare all'assistenza territoriale. "Mi impegno a portare a termine questa riorganizzazione entro la fine dell'anno" ha detto il ministro, aggiungendo che tra i coordinatori dei punti di soccorso territoriali "non ci saranno solo anestesisti e rianimatori, ma anche medici di medicina generale". Applausi da parte della platea ripetuti anche per l'impegno preso da Fazio a "cercare la soluzione per i bassi compensi riconosciuti ai giovani in formazione per la Medicina generale", che attualmente percepiscono poco più della metà di quanto hanno invece i giovani specializzandi.

► segue da pag. 5

gregazioni Funzionali Territoriali come Unità di Medicina Generale, quale superamento del tradizionale associazionismo;

3. la ristrutturazione del compenso per distinguere il legittimo onorario dal finanziamento dell'organizzazione e delle attività e ridimensionare, o meglio superare completamente, la concorrenza sulle scelte.

### L'e-Health

Il coinvolgimento non impositivo dei medici nel processo di innovazione è indispensabile alla concreta realizzazione dell'e-Health. Il processo di digitalizzazione non richiede solo la disponibilità di macchine e di programmi funzionanti, cosa che si è dimostrata di ardua realizzazione anche per gli enti pubblici, ma anche la verifica della funzionalità e praticabilità di questi da parte di tutti gli attori, medici e non, del processo assistenziale. Il rischio, in assenza delle suddette semplificazioni, è che il tempo necessario a introdurre l'innovazione ne sottragga altrettanto a quello dedicato all'attività professionale.

È inaccettabile e perfettamente inutile, e quindi perseguibile come falso ideologico, di fronte a implementazioni che hanno bisogno di gradualità nel coinvolgimento tecnico e culturale, attestare che un sistema è sperimentato e funzionante quando non è vero, come hanno fatto e stanno facendo diverse Regioni a proposito della prescrizione on line.

### Farmaci

Un problema non risolto è quello del farmaco innovativo. Se comporta effettivamente dei vantaggi, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, deve essere disponibile alla prescrizione diretta dei medici di medicina generale. Se non comporta vantaggi significativi dovrebbe essere escluso dalla rimborsabilità. La prescrizione esclusiva su piano terapeutico redatto dagli specialisti comporta solo una riduzione dell'accessibilità da parte dei malati e un aumento del costo terapia.

Un altro tema che non possiamo trascurare è quello dei farmaci generici, facendo attenzione a non assumere un atteggiamento dogmatico, ideologico e pregiudiziale, ma cogliendo le reali opportunità che offrono (...). Purtroppo i medici si sentono tirare la giacca da tutte le parti. Certamente dall'industria tradizionale del farmaco che vuole far valere l'impegno nella ricerca e nella qualità del prodotto, ma anche da quelle dei genericisti che hanno scelto di affidarsi a lobby e a norme impositive e non alla valutazione del prescrittore e dell'utilizzatore finale.

(...) Il vero problema del medico non è decidere da chi farsi tirare la giacca, ma evitare che il delicato processo della prescrizione subisca interferenze per effetto della sostituibilità.

### Enpam

Tengo a ribadire il valore positivo dell'ENPAM che, no-



nostante le difficoltà obiettive di un mercato finanziario instabile e di un'economia in crisi, è riuscito a contenere, almeno fino ad oggi, le possibili e potenziali perdite, a livelli che non incideranno sulle pensioni dei medici (...). Il vero problema della nostra previdenza è dato dai due vincoli che la legge impone per l'approvazione del bilancio tecnico: l'equilibrio a 30 anni e, contemporaneamente, la riserva patrimoniale sempre superiore a 5 annualità del debito previdenziale dell'anno in corso.

### L'emergenza sanitaria territoriale - 118

Il sistema dell'Emergenza sanitaria territoriale – 118 vive ancora un livello di eterogeneità e confusione che riteniamo inaccettabile delle Regioni nella scelta di un orientamento uniforme.

La creazione di un vero servizio di continuità assistenziale, che coinvolga tutta la Medicina Generale, orientato non a soddisfare aspetti consumistici presenti nella domanda dei cittadini, ma a offrire continuità di assistenza per coloro che ne hanno realmente bisogno fra i quali i cronici e gli oncologici, può servire anche a liberare risorse di personale necessarie per implementare le cure intermedie, una esigenza ormai inderogabile fra un territorio orientato alla gestione delle cronicità ed un ospedale orientato alla gestione delle acuzie.

La chiara programmazione delle funzioni che rispettivamente competono al sistema 118 e alla Medicina Generale è presupposto indispensabile ad una integrazione che non sia solo di facciata.

### Conclusioni

Le opportunità per una forte rivalutazione delle Cure Primarie e della Medicina Generale nei prossimi anni ci sono tutte. La stessa sostenibilità del Ssn la richiede. C'è l'attenzione e la volontà politica del Ministro della Salute e di molte importanti Regioni. Sta a noi individuare gli strumenti ed i percorsi innovativi da promuovere e sostenere per formulare un'offerta credibile, concretamente realizzabile, utile e gradita al sistema ed ai cittadini.

Non c'è più spazio per l'autoreferenzialità, per atteggiamenti di autoaffermazione di merito e di valore, che dimostrano tutta l'insicurezza di chi li proclama in modo eccessivo.

# ZENTIVA FARMACI EQUIVALENTI DI SANOFI



LA QUALITÀ SU CUI PUOI CONTARE

La mission di Zentiva (prima Winthrop) è rendere farmaci di alta qualità più accessibili ai pazienti di tutta Europa. Zentiva garantisce elevati standard di produzione su cui contare. Visita il sito [www.zentiva.it](http://www.zentiva.it)

**ZENTIVA**  
GRUPPO SANOFI

► segue da pag. 4

visto uno schieramento compatto del mondo medico contro norme inutilmente vessatorie, secondo Bianco ha mostrato come si possa procedere nella “distinzione di ruoli” tra Ordini e sindacati, ma allo stesso tempo con “sinergia degli interventi”. Il presidente della Fnomceo ha poi richiamato l’urgenza di un cambia-

mento nelle cure primarie “senza il quale non si può trovare risposta alla cronicità e alla complessità dei bisogni di salute”, concludendo con un monito al mondo politico: “C”è una cosa che la politica non riesce a capire di noi: noi non saremo mai riducibili ad anonimi fattori produttivi del processo di cura, perché noi, con i nostri assistiti, ‘siamo’ il pro-

cesso di cura”.

Il presidente della Fimmg, **Stefano Zingoni**, ha quindi dato lettura di un lungo messaggio rivolto dal sottosegretario alla salute **Francesca Martini** al Congresso, che ribadiva l’attenzione verso il mondo della Medicina Generale e l’impegno ad intervenire al più presto anche con provvedimenti normativi di riordino del-

## Premiati i medici di famiglia volontari per le emergenze



mento della medicina generale proprio per le peculiari caratteristiche della nostra attività professionale nel territorio, da qui la necessità di formare un nucleo di colleghi organizzati e autosufficienti che possano affiancare le Autorità nell’assistenza alle popolazioni. L’Associazione nazionale onlus Medici di famiglia volontari per l’emergenza (ANFE) ha appunto tale scopo e si propone di intervenire nel territorio per la gestione dell’assistenza socio sanitaria dopo che sia passato il momento emergenziale ospedaliero divenendo parte attiva e fattiva del

Il terremoto dell’Abruzzo ha portato alla ribalta l’organizzazione della rete assistenziale in caso di catastrofi, evidenziando come sia necessario, dopo la gestione dell’evento emergenziale che in genere dura 24-48 ore, organizzare la gestione socio sanitaria delle popolazioni colpite dall’evento. Questa gestione comporta una macchina organizzativa differente da quella della prima emergenza, tarata sulle popolazioni sopravvissute all’evento catastrofico. Una cosa è, infatti, la gestione delle patologie acute che possono interessare, per fortuna, un numero più o meno grande ma pur sempre limitato di cittadini, altra cosa è la gestione delle patologie che interessano i sopravvissuti e le popolazioni che sono costrette a vivere per un tempo più lungo in condizioni di emergenza e di disagio. La consapevolezza di queste criticità, supportata dall’esperienza acquisita in Abruzzo, ha ingenerato nei medici di famiglia il bisogno di trovare soluzioni adeguate anche per queste situazioni. D’altra parte, la rete di servizi predisposta dalla Protezione Civile in simili evenienze prevede il coinvolgi-

mento della medicina generale proprio per le peculiari caratteristiche della nostra attività professionale nel territorio, da qui la necessità di formare un nucleo di colleghi organizzati e autosufficienti che possano affiancare le Autorità nell’assistenza alle popolazioni. L’Associazione nazionale onlus Medici di famiglia volontari per l’emergenza (ANFE) ha appunto tale scopo e si propone di intervenire nel territorio per la gestione dell’assistenza socio sanitaria dopo che sia passato il momento emergenziale ospedaliero divenendo parte attiva e fattiva del

Progetto della Protezione Civile PASSF (posto di assistenza socio sanitaria). All’Anfe, rappresentata a Villasimius da Domenico Barbati, è stato consegnato il premio Mario Boni 2011 nel corso del 66° Congresso Fimmg.

*Per ulteriori notizie ed eventuali adesioni all’associazione contattare [Anife@fimmg.org](mailto:Anife@fimmg.org) oppure [domenicobarbati@fimmg.org](mailto:domenicobarbati@fimmg.org)*



## SPECIALE CONGRESSO

le cure primarie, come ha poi sviluppato nel suo intervento il ministro della Salute Fazio.

**Alberto Oliveti**, vicepresidente vicario dell'Enpam, si è poi rivolto alla platea per tratteggiare la situazione dell'Ente. "Siamo una squadra che sta lavorando ad un obiettivo importante: mettere in sicurezza la Fondazione" ha riassunto Oliveti, ricordando i risultati positivi già raggiunti, "chiudiamo con un miliardo di attivo, mentre l'Inps ha oltre due miliardi e mezzo di passivo pur potendo attingere dalla fiscalità generale", e annunciando la convocazione per il 4 e 5 novembre prossimi degli Stati Generali dell'Enpam, cui parteciperanno tutte le rappresentanze del mondo medico per discutere della proposta di riforma delle pensioni Enpam che dovrebbe essere varata all'inizio del 2012. Proprio per rispondere a domande e dubbi suscitati dalla proposta di riforma previdenziale, Oliveti e il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam hanno avuto anche un incontro serale con i delegati al Congresso (v. pag. 10). Al termine di questo intervento, il presidente Zingoni ha ricordato che la Fimmg ha deciso quest'anno di rinunciare ai consueti gadget congressuali, devolvendo la cifra corrispondente, 25mila euro, a favore del fondo di solidarietà dell'Enpam, attraverso il quale si offre assistenza ai medici in particolari situazioni di difficoltà. In rappresentanza del coordinatore degli as-

essori alla Sanità **Luca Coletto**, impossibilitato a partecipare per sopraggiunti impegni istituzionali, è intervenuto **Renato Rubin**, dirigente dell'assessorato alla Sanità del Veneto, che ha auspicato uno sviluppo organizzativo delle cure primarie, ricordando che "i migliori risultati vengono dalle Regioni che hanno valorizzato le caratteristiche del medico di Medicina Generale". L'assessora alla sanità della Sardegna, **Simona De Franciscis**, nominata da appena due mesi, portando il saluto dell'amministrazione regionale, ha mostrato la volontà di lavorare nella direzione indicata da Rubin, rimarcando come "lo sviluppo della sanità

territoriale sia alla base della riorganizzazione della sanità delineata nel nuovo Psr". Dopo la relazione del segretario nazionale **Giacomo Milillo** e l'intervento del ministro della Salute **Feruccio Fazio** (v. box pagine 4 e 5), la giornata si è conclusa con l'intervento in video conferenza del ministro del Lavoro **Maurizio Sacconi**, centrato soprattutto sui temi della previdenza con una forte sollecitazione all'Enpam ad intervenire tempestivamente. Una sollecitazione cui, in qualche modo, Oliveti aveva già risposto nel suo intervento precedente, che scandiva le tappe per l'approvazione della riforma, da concludersi entro pochi mesi.

## LA COMUNICAZIONE FIMMG: UN ANNO DI ATTIVITÀ

La comunicazione Fimmg quest'anno si è arricchita di un'ulteriore strumento: *fimmgnotizie*, la newsletter quotidiana che con undici notizie brevi permette un rapido aggiornamento sull'attualità sindacale, politica e scientifica (consultabile anche su [www.fimmgnotizie.org](http://www.fimmgnotizie.org)).

Sempre più curato anche il sito internet [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org), che permette in tempo reale di entrare nel mondo dei vari settori della Fimmg, di scaricare documenti e comunicati, di avere notizie continuamente aggiornate.

A completare la gamma degli stru-

menti di comunicazione Fimmg, spesso utilizzato anche dai vari decisori politici della sanità nazionale e regionale, lo storico *Avvenire Medico*, strumento di riflessione, di approfondimento e di interpretazione della realtà politico sindacale, filtrata attraverso gli occhi della quotidianità della professione. Un anno di impegno, ripagato dal crescente interesse dei colleghi per le rubriche previdenziali, per gli articoli sul fisco e ora anche su Confprofessioni e confidi e dal gradimento degli under 40 degli speciali loro dedicati.



# Oliveti: "Ecco la riforma previdenziale per la Medicina Generale"

■ ■ Garantire la tenuta dell'Ente e la solidarietà tra le generazioni. Sono questi gli obiettivi della riforma delle pensioni Enpam, che prenderà il via nel 2013. L'età per la

pensione di vecchiaia passerà, gradualmente, da 65 a 68 anni, ma resterà la possibilità di andare in pensione a partire dai 58 anni.

Una riforma necessaria, ma resa ancora più urgente dalle pressioni del Governo, manifestate al congresso Fimmg dal ministro del Lavoro Maurizio Sacconi. Necessaria, perché l'aumento della speranza di vita impone di rivedere la distribuzione nel tempo dei contributi individuali, per non gravare sulle generazioni a venire. Urgente, perché, se non si vuole correre il rischio di commissariamento, occorre corrispondere in fretta alle novità introdotte con la finanziaria del 2007, che ha repentinamente spostato da 15 a 30 anni l'arco di tempo che la Fondazione deve dimostrare di poter garantire.

Le azioni già compiute dall'Enpam in materia di gestione del patrimonio e le ipotesi in campo per la riforma previdenziale sono state discusse a Villasimius nel corso di una assemblea serale nella quale il CdA dell'Enpam si è confrontato con i partecipanti al Congresso in un question time aperto a tutti. Una formula innovativa, che testimonia la volontà di lavorare nella massima trasparenza da parte del nuovo CdA e che ha fatto registrare una grandissima partecipazione, in un clima attento, animato da qualche ansia, ma con poche polemiche.

La riforma dei Fondi, alla quale il CdA sta lavorando dal momento del suo insediamento nel luglio del 2010, dovrebbe essere varata in modo definitivo nel corso del 2012, dopo un percorso di discussione già avviato con le Consulte, ma che proseguirà nei prossimi mesi a partire dagli Stati Generali dell'Enpam, convocati per il 4 e 5 novembre a Roma.

Alcune linee di fondo sono però già

state individuate, come ha spiegato Alberto Oliveti al Congresso Fimmg. Fermo restando che non saranno toccate le pensioni in essere, né sul valore dei contributi già incassati, per garantire la convenienza ad aderire ad Enpam anche per le future generazioni di medici occorre introdurre alcuni cambiamenti importanti.

Innanzitutto l'età per la pensione di vecchiaia passerà gradualmente da 65 a 68 anni. In pratica sarà ancora fissata a 65 anni nel 2012, mentre dal 2013 aumenterà di sei mesi ogni anno, fino ad arrivare nel 2018 a 68 anni. Oliveti spiega la ragione della scelta con l'immagine dell'elastico a due colori: "Vita lavorativa e vita in pensione sono i due colori dell'elastico. Se l'elastico si tende, ovvero se la vita complessivamente si allunga, il punto di passaggio da un colore all'altro si sposta necessariamente". E d'altra parte, secondo i dati dell'Enpam, già oggi circa la metà dei medici convenzionati lavora fino a 70 anni. Per chi intendesse andare in pensione prima dell'età fissata per la pensione di vecchia-

ia resterà comunque aperta la possibilità di andare in pensione di anzianità a partire dai 58 anni, fermo restando avere accumulato almeno 35 anni di contribuzione.

Altro punto nodale, l'innalzamento dell'aliquota contributiva a partire dal 2015. Per il Fondo di Previdenza di Medicina Generale, Continuità Assistenziale e Pediatri di libera scelta, che rappresenta quasi la metà degli iscritti all'Enpam, si passerà, sempre con gradualità, dall'attuale 16,5% al 26 o 27% da raggiungere nel 2026 (la quota esatta sarà definita al momento del varo della riforma sulla base dei calcoli attuariali).

La riforma dei Fondi, insieme alla riforma della gestione del patrimonio, dovrebbe consentire all'Enpam di raggiungere l'equilibrio temporale a trent'anni richiesto dalla finanziaria 2007. Ma in realtà, la riforma nel suo insieme sembra possa produrre un risultato ancora più positivo, garantendo l'equilibrio dei conti previdenziali fino al 2059.

E.A.

## IL 5 PER MILLE ALL'ENPAM

La drammatica condizione di alcuni colleghi affetti da gravi problemi di salute impone uno sforzo di solidarietà da parte di tutti noi. Per questo la Fimmg ha deciso di rinunciare quest'anno all'acquisto dei tradizionali gadget da distribuire al Congresso e ha devoluto, in occasione del 66° appuntamento annuale, 25mila euro all'Enpam per l'assistenza ai medici non autosufficienti.

"Questo gesto vuole essere", ha affermato Malek Mediati, "anche un invito per tutti noi a devolvere il 5 per mille delle proprie imposte al fondo di utilità sociale dell'Enpam, per migliorare le prestazioni assistenziali ai colleghi più deboli e sfortunati. Non ci costa niente: basta una semplice firma".

**Fondazione Enpam onlus,  
codice fiscale 80015110580**







# Proposta riservata ai medici di medicina generale

fino a Euro  
**100 mila**  
senza spine

la cessione del V  
di Club Medici nella  
massima riservatezza



*l'iter della pratica è  
a cura dei funzionari  
Club Medici*

 **Club Medici**

Messaggio pubblicitario promozionale. Per maggiori informazioni è possibile richiedere a Club Medici Finanziamenti e Mutui srl il modulo "informazioni europee di base sul credito ai consumatori" (SECCI) e la copia del testo contrattuale. Ricordiamo che l'accettazione della richiesta è subordinata all'approvazione da parte della società erogatrice del finanziamento. Il TAEG rappresenta il costo totale del credito espresso in percentuale annua e include gli interessi ed i seguenti costi: imposte di bollo, commissioni di istruttoria (ove previste); spesa mensile gestione pratica.

#### **Sede Nazionale e Interreg.**

Via G. Marconi 10 Roma  
[info@clubmedici.it](mailto:info@clubmedici.it)

chiama  
**06 8607891**

#### **Sede Interreg. area sud**

Centro Direzionale, Isola E3,  
Palazzo Avalon Napoli  
[areasud@clubmedici.it](mailto:areasud@clubmedici.it)

chiama  
**081 7879520**



al Club Medici tutti i giorni e un...

**OpenDay**

i nostri funzionari sono  
a tua completa disposizione

[www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it)

# La mozione conclusiva del 66° Congresso nazionale Fimmg

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

esprime il proprio apprezzamento per le relazioni presentate durante i lavori congressuali e

### sottolinea

l'importanza del tema prescelto, La Medicina Generale nel Terzo Millennio, nell'attuale fase di cambiamento sociale, economico, demografico e culturale del Paese, che richiede la trasformazione dei percorsi assistenziali con l'utilizzo sempre maggiore di tecnologie e farmaci innovativi, da attuarsi anche tramite spirito d'iniziativa ed imprenditorialità da parte della Medicina Generale.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### sentita

la relazione del segretario nazionale generale Giacomo Milillo la

### approva

e ringrazia il Ministro della Salute professor Ferruccio Fazio ed il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali senatore Maurizio Sacconi per i loro interventi ed

### esprime soddisfazione

per la centralità della Medicina Generale confermata nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 recentemente approvato.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### prende atto

delle rassicurazioni e dell'impegno presi dal Ministro della Sa-

lute professor Ferruccio Fazio in materia di riordino delle cure primarie, da attuarsi tramite le modifiche dell'articolo 8 della 502/92 e successive modificazioni, già avviate con la convocazione del tavolo tecnico.

### Coglie

nelle modifiche concordate rispetto alla bozza iniziale i fondamenti della Ri-Fondazione.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### sottolinea con compiacimento

la convocazione della Fiomceo e dell'Inps da parte del Ministro del Lavoro per l'inizio delle trattative in materia della medicina fiscale, che danno speranza previdenziale ed assicurativa a questi Colleghi nell'ambito di una modernizzazione che rappresenta un primo passo verso il superamento della certificazione dei primi 3 giorni di malattia.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### registra con soddisfazione

le parole del Ministro della Salute professor Ferruccio Fazio in materia di possibile futura prescrivibilità dei farmaci innovativi anche da parte del Medico di Medicina Generale, fatte le dovute sperimentazioni territoriali e la disponibilità a farsi parte dirigente per il superamento del vuoto normativo sulla fruizione del diritto, anche da parte della Categoria, della vacatio contrattuale.

### Prende atto

inoltre del fattivo impegno di-

chiarato dal Ministro a favore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale-118 e della Continuità Assistenziale per creare due percorsi differenziati sia logisticamente che funzionalmente per le condizioni di emergenza-urgenza rispetto alle non emergenze.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### sottolinea al contempo

la richiesta espressa dal segretario nazionale generale al Governo ed alle Regioni di risposte chiare e concrete per la ripresa delle trattative degli Acn e

### giudica

la modifica dell'art 12 Decreto Legislativo 471/97 in materia di ricevute fiscali e sanzionabilità inutilmente vessatorio.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### rimarca

che a distanza di oltre 3 anni dal passaggio dell'assistenza penitenziaria dal Ministero di Giustizia al Ssn i medici penitenziari che assicurano le prestazioni di Medicina Generale all'interno delle strutture penitenziarie, continuano ad essere trascurati ed emarginati dalle Istituzioni regionali sotto il profilo organizzativo, professionale e contrattuale, e chiede al Ministero della Salute e alle Regioni un deciso urgente intervento per rimuovere le cause di questa incresciosa situazione.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### ringrazia

il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam per la presenza e per aver risposto in maniera esaustiva e completa alle domande che gli sono state poste dal Congresso in materia previdenziale ed assistenziale.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### sottolinea

l'impegno assunto dall'Aifa nelle persone del nuovo e del precedente Direttore di rendere l'emanazione delle note Aifa un sistema dinamico, aperto ai suggerimenti della Medicina Generale che ne è la principale fonte di verifica, e di predisporre a breve una chiarificazione interpretativa sull'applicazione della nota 13.

## Il 66° Congresso nazionale della Fimmg

### esaminata

le proposte di scioglimento dei Settori Fimmg Medici Dipendenti per l'Emergenza Sanitaria e Fimmg Medici Dipendenti della Dirigenza Medica Territoriale

### le approva e dichiara

lo scioglimento di tali Settori; nel contempo

### ringrazia

i Colleghi per l'importante contributo fornito in questi anni di attività, augura un buon lavoro futuro e riconferma la disponibilità ad una interlocuzione aperta e fattiva.

**Approvata all'unanimità**



*I risultati di un'indagine del Centro Studi Fimmg*

# Le aggregazioni funzionali e complesse della Medicina Generale

di Paolo Misericordia

La complessità delle risposte assistenziali nella gestione della cronicità a cui la Medicina Generale è chiamata, impone l'adozione di modelli organizzativi evoluti; tra questi, quelli orientati all'integrazione ed aggregazione professionale sembrano essere i maggiormente innovativi e i più adatti a rispondere alle esigenze di proattività, efficacia ed efficienza. Si tratta di istituti già previsti dai livelli contrattuali della categoria, per lo più regolati da accordi regionali, che hanno nell'integrazione professionale, nella promozione dell'appropriatezza e nel governo clinico del territorio le loro più specifiche caratterizzazioni; non sono però disponibili dati d'insieme relativi alla loro diffusione sul territorio nazionale.

Il Centro Studi della Fimmg, in occasio-

ne del 66° Congresso nazionale del sindacato, si è impegnato per delineare la reale diffusione sul territorio di questi istituti assistenziali, ritenendo che l'opportunità fosse del tutto adeguata all'elemento di innovazione che queste modalità operative rappresentano.

È stata condotta un'indagine in cui sono state coinvolte le sezioni provinciali della Fimmg che sono state invitate a riferire in merito all'implementazione nei propri ambiti di modelli riconducibili ad aggregazioni funzionali o complesse della MG, al numero dei medici coinvolti, agli aspetti assistenziali eventualmente interessati e alle loro modalità di gestione. Inoltre, un focus specifico è stato condotto sulla figura del responsabile/coordinatore, rivestita sinora da mmg secondo inclinazioni di tipo volontaristi-

co, prescindendo, in genere, da qualsiasi percorso di tipo formativo.

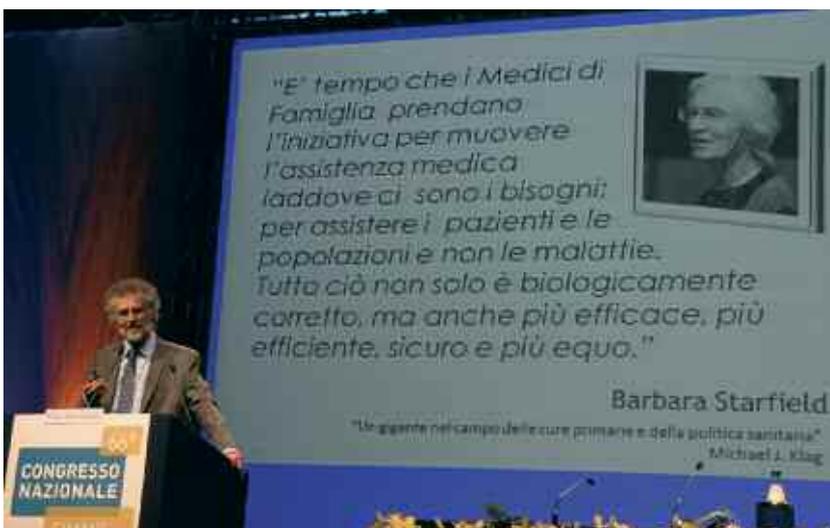
## IL CAMPIONE DELLA RICERCA

Sono stati raccolti dati da 76 sezioni provinciali, su un totale di 110, corrispondenti ad una copertura del 70% del territorio nazionale.

Le Aggregazioni "funzionali" o modelli a queste riconducibili (AF) sono presenti nella metà (49%) delle sezioni che hanno partecipato alla rilevazione, mentre le Aggregazioni "complesse" (AC, ovvero UCCP o modelli a queste riconducibili) sono segnalate invece dal 24% delle province. Sia per le AF che per le AC è emersa una importante disomogeneità nella distribuzione sul territorio nazionale (Fig. 1): entrambe sono maggiormente presenti al Centro (nell'89% dei casi presenti le AF, nel 37% le AC), meno al Nord (nel 46% delle sezioni le AF, nel 29% le AC) e decisamente poco presenti al Sud e nelle Isole (nel 21% delle province le AF, nell'8% le AC).

## CARATTERISTICHE DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI E DELLE AGGREGAZIONI COMPLESSE

I medici coinvolti sono molti nel caso di attivazione di una AF (anche in relazione alla normativa che prevede, normalmente, obbligatorietà di adesione), decisamente pochi nel caso venga attivata una AC; quest'ultime, oltre ad essere presenti, come detto, su una quota ridotta delle sezioni provinciali, risultano per numeri



Paolo Misericordia  
Responsabile del Centro Studi nazionale Fimmg

segue a pag. 19 ►



► segue da pag. 17

assoluti molto contenute (a differenza delle AF che, laddove attivate, possono essere anche molto numerose, fino a 50 unità per provincia).

Dotazioni di personale di supporto sono riferite da alcune delle AF e dalla totalità delle AC; molto frequente in quest'ultime il coinvolgimento di personale infermieristico (dipendente Asl nel 50% delle AC e non dipendente ASL nel restante 50%). La metà delle AC prevede inoltre la disponibilità di supporto medico-specialistico.

Solo in pochi casi i mezzi informatici disponibili, in particolare presso le AC, sono collegati telematicamente con i diversi livelli organizzativi del Sistema Sanitario (Asl, Distretto, Ospedale, ...), in relazione al noto difetto di "sponda", visto che il sistema non dispone di piattaforme a cui potersi connettere.

La sede dove la AC è ospitata risulta di proprietà del Ssn, del Comune, di società/cooperative riconducibili alla MG o di

altri, per una pari distribuzione di frequenza. Per il 71% delle sezioni con AF attivate e per il 62% di quelle in cui sono attivate AC, esistono accordi con il Ssn indirizzati al finanziamento di specifiche attività: sia nelle AF che nelle AC queste sono in particolare riferite alla organizzazione, alla accessibilità, alla medicina di iniziativa ed alla appropriatezza. Laddove risultano previste applicazioni di PDTA, sia per le AF che per le AC, le patologie più frequentemente interessate sono il diabete, la BPCO, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa.

L'indagine ha voluto sondare, come detto, anche la sensibilità rispetto alla emergente figura del coordinatore/responsabile. È stato chiesto a proposito quanto fosse diffusa, in aggiunta alla figura del referente delle aggregazioni eventualmente attivate, anche la figura di mmg referente distrettuale: il 44% delle sezioni provinciali ha confermato di avere, per lo meno in qualche realtà, attivato questo ruolo. Alla domanda successiva sulla eventuale attuazione di in-

“

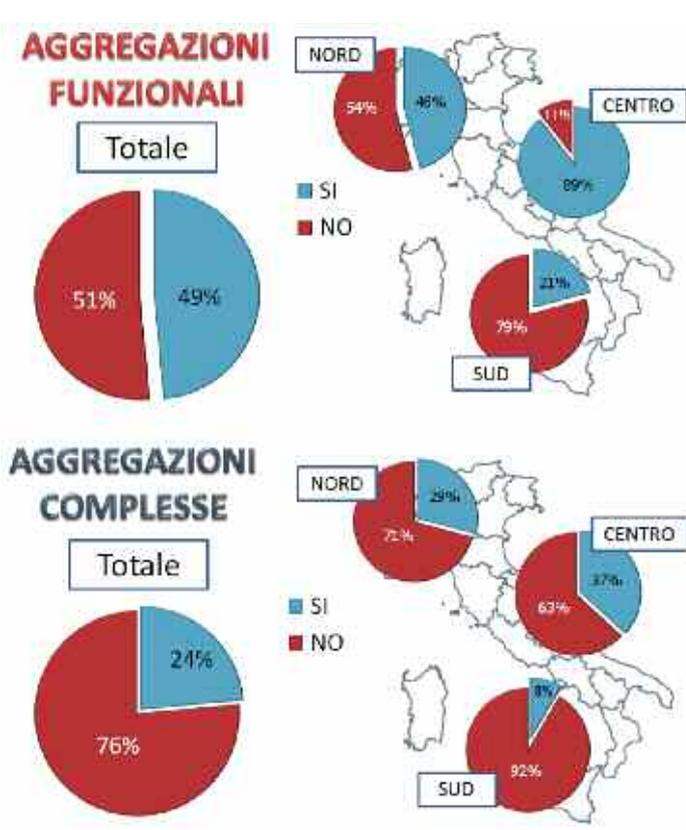
*Le aggregazioni funzionali sono ormai diffusissime al Centro e riguardano circa la metà dei mmg al Nord. Ancora poco frequenti invece al Sud*

terventi/percorsi di formazione destinati a tali figure di referenti, solamente il 21% delle sezioni ha risposto affermativamente. A fronte di questa contenuta percentuale si è registrato un consenso unanime (94%) nel ritenere comunque utili o addirittura indispensabili progetti formativi indirizzati a questo nuovo ruolo.

**CONCLUSIONI**

Il quadro generale che l'indagine disegna su questi fenomeni mostra una tendenza al consolidarsi di tali istituti assistenziali, pur con significative differenze nella distribuzione per macroaree del Paese; decisamente più presenti nelle regioni centrali ed ancora poco frequenti al Sud del Paese. Le AF sono sicuramente più diffuse rispetto a quelle "complesse" che, inevitabilmente, richiedono strutture ed organizzazioni più articolate. Si tratta comunque di iniziative che, in attesa con le previsioni contrattuali e riscontrando un indubbio interesse da parte delle istituzioni sanitarie che generalmente ne finanziano l'attività, sono indirizzate al miglioramento dei livelli assistenziali con maggiore attenzione verso l'organizzazione, l'accessibilità e la medicina di iniziativa. Dall'indagine emerge inoltre una attenzione crescente sulla figura del "referente/responsabile/coordinatore" di tali entità aggregative; si tratta di fatto di un nuovo ruolo professionale, quasi sempre svolto con un atteggiamento di encomiabile disponibilità individuale, per il quale viene richiesta adesso la creazione di specifici percorsi di formazione anche per poterne meglio definire competenze ed abilità. Fimmg raccoglierà presto queste indicazioni elaborando i migliori stimoli culturali verso le più idonee risposte formative.

**Fig. 1. Diffusione delle Aggregazioni Funzionali e Complesse (o modelli a queste riconducibili) sul territorio nazionale; dati da 76 su 110 Sezioni Provinciali della FIMMG.**



# TISANOREICA®



1911 - 2011

## DECOTTOPIA® E TISANOREICA® UNA STORIA DI FAMIGLIA DA OLTRE CENT'ANNI.

La mia famiglia si tramanda dal 1911 con il nome Balestra - Marcello Balestra era il mio bisnonno - e prima ancora con il nome Bonardo, i segreti di una forma galenica particolare: la Decottozia. La Decottozia consiste nell'estrazione di principi attivi di almeno 10 piante (dal greco deka, quindi, che sta per "10") in forma liquida, senza alcool, senza zucchero e senza conservanti. La Decottozia è anche il cuore della dieta Tisanoreica che - grazie alle piante brevettate contenute negli alimenti Tisanoreica e agli estratti della Decottozia - viene definita la "Chetosi Verde", un meccanismo metabolico che va ad aggredire i grassi senza affaticare reni e fegato.

Vedi pubblicazione scientifica: **AGROFOOD INDUSTRY HITECH VOL. 21 N.4**

CERCA SEMPRE E SOLO IL LOGO ORIGINAL DECOTTOPIA E ORIGINAL TISANOREICA,  
TUTELATO DALLA STORIA E DALLA TRADIZIONE CENTENARIA.  
-LA "CHETOSI VERDE" È SOLO TISANOREICA-



FAMIGLIA  
BALESTRA-MECH  
DAL 1911



GIANLUCA MECH  
PRESIDENTE ASSOTISANOREICA

## LA DIETA TISANOREICA®

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

**Novità** - ORA ANCHE SENZA GLUTINE -

**NOVITÀ  
ESCLUSIVA**  
ANGELI PER LA FASE  
INTENSIVA CHETOGENICA

PROVA I NUOVI PRODOTTI DELLA DIETA TISANOREICA

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

LO SGUARDO È RIVOLTO AL FUTURO.

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

*penne, fusilli, riso, crostini, plum-cake, biscotti...*



penne



crostini



plum-cake

ABBINATI AD UNO STILE DI VITA SANO E ATTIVO E CON L'AUSILIO DEL MEDICO.  
GIANLUCA MECH SPA: +39 0444 874905 - WWW.TISANOREICA.IT - ORGIANO (VICENZA) ITALY

## La sperimentazione in Lombardia dei "Drg territoriali"

# Cosa sono e come funzionano i Creg

■ ■ Anche nel corso del recente Congresso nazionale Fimmg Metis si è discusso molto, sia nel dibattito ufficiale sia nelle conversazioni a margine, della sperimentazione avviata in Regione Lombardia sui Creg

(Chronic Related Group), i cosiddetti "Drg territoriali". Crediamo, quindi, di fare cosa utile a tutti i colleghi sintetizzando la logica che ha prodotto questa scelta e le caratteristiche fondamentali della sperimentazione.

### PERCHÉ SI SPERIMENTANO I CREG

Regione Lombardia, come è noto, dispone della Bda, banca dati assistito, strumento informatico che contiene lo storico di tutte le erogazioni di farmaci, indagini diagnostiche, visite specialistiche e ricoveri di ciascun cittadino lombardo.

Non si tratta di dati di "prescritto" provenienti dai sistemi informatici dei medici di medicina generale, dati ormai poco interessanti per la Regione, ma di dati di erogazione complessiva, che sono correlati, quindi, alla spesa reale.

A partire dalla Bda, Regione Lombardia ha estrapolato, per questo progetto, il costo riferito alla specialistica e diagnostica ambulatoriale, alla farmaceutica e alla protesica minore, escludendo il costo dei ricoveri e dell'assistenza primaria.

Sulla base di tali dati, con una metodica statistica descritta nell'atto dirigenziale che definisce le tariffe, è stato costruito il costo medio di ciascuna associazione di patologie croniche, definendo come base le seguenti patologie: Bpca, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari a maggior livello di disabilità. A seconda delle diverse comorbilità sono poi state previste circa 150 categorie tariffarie. Il modello matematico utilizzato per la definizione tariffaria scarta i pazienti "marginali", cioè che non risultano in cura e in follow up, e in teoria la tariffa dovrebbe essere adeguatamente remunerativa.

L'obiettivo è quello di seguire tutti que-

sti pazienti secondo PDTA validati o, più semplicemente, garantendo a tutti pacchetti di prestazioni predefinite.

È infatti noto dalla letteratura mondiale come l'inappropriatezza nella gestione della cronicità discenda dalla scarsa compliance degli assistiti, che i modelli assistenziali tradizionali non sono in grado di gestire, e dalla disomogeneità dei comportamenti dei sanitari.

Gli obiettivi di Regione Lombardia, pertanto, non sono finalizzati al "risparmio", ma alla corretta allocazione delle risorse, nell'ipotesi che un investimento che comporti oggi anche una spesa lievemente superiore a quella storica, possa in futuro consentire una riduzione di ricoveri e di disabilità.

Come prevedibile, l'analisi dei dati della Bda ha evidenziato diffuse aree di inappropriatezza, difficilmente risolvibili su base volontaristica.

Regione Lombardia, in coerenza con un progetto generale di esternalizzazione e budgettizzazione della "produzione sanitaria", non identifica nel Distretto il luogo di un possibile governo di queste criticità, ma ha scelto invece di individuare dei soggetti in grado di gestire i Creg, ovvero i provider. Con la delibera regionale del 30 marzo scorso e il successivo atto dirigenziale sulle tariffe, la sperimentazione ha dunque preso il via.

### LA SPERIMENTAZIONE IN LOMBARDIA

Le Asl coinvolte nella sperimentazione sono quelle di Bergamo, di Lecco, di Como e due Asl milanesi, Melegnano e Milano città.

Può candidarsi ad essere Provider, con meccanismo di gara, qualsiasi soggetto pubblico o privato: aggregazione di medici, impresa privata, Onlus, Ospedale. ecc...

Il Provider, che deve riferirsi ad un bacino di utenza di almeno 200.000 abitanti (pari ad almeno 40.000 pazienti potenziali affetti da patologie croniche), riceve dalla Asl le risorse economiche relative a farmaceutica, specialistica e protesica minore dei pazienti che assume in carico.

A questi pazienti deve garantire l'acquisto delle prestazioni di cui sopra, oltre a un call center informativo attivo 12 ore al giorno per 365 giorni all'anno, servizi di telemedicina, servizi di first e second opinion per i medici, servizi di informazione sanitaria, formazione, pro memoria rivolti ai pazienti rispetto all'applicazione dei PDTA e richiami relativi ai pazienti che sulla base dei dati di consumo risultino non complianti.

Il Provider inoltre gestisce il controllo dei flussi economici. La Asl provvede materialmente al pagamento degli erogatori.

Il Provider viene penalizzato sulle tariffe Creg per i pazienti non complianti e deve rimanere, con proprio rischio di impresa, nei budget definiti.

Il Provider non può contrattare le tariffe con gli erogatori o contrattare i costi dei farmaci, che rimangono quelli fissati dalla Regione, ma può concordare con Asl ed erogatori modalità di accesso ai servizi confacenti ai PDTA regionali.

Il paziente rimane assolutamente libe-

ro di rivolgersi, per l'erogazione delle prestazioni, ai soggetti accreditati, pubblici o privati, di sua scelta.

Il paziente viene gestito dal Provider, con le modalità sopra enunciate, nel momento in cui liberamente firma un contratto/patto, da cui può sempre recedere.

### IL RUOLO DEL MEDICO NELLA SPERIMENTAZIONE

È evidente che il Provider non può svolgere la propria attività in assenza della collaborazione dei medici di medicina generale: la strategia del loro coinvolgimento è prevista tra i requisiti di gara. In pratica ci sarà un accordo tra provider e medico, che liberamente intenderà aderire in qualità di "player" della sperimentazione.

Nel caso in cui il medico decida di non partecipare alla sperimentazione, i suoi pazienti saranno esclusi dalla sperimentazione stessa.

Il medico, a seconda degli accordi da definire con il provider, potrà assistere il paziente nella firma del contratto con il provider raccogliendone il consenso informato, dovrà verificare la classificazione del paziente nel-

l'esatta categoria Creg, sarà il garante dei PDTA, riceverà gli alert sulla compliance, usufruirà dei servizi di second opinion, ecc... oltre naturalmente a mantenere invariati il rapporto di fiducia e la responsabilità clinica del paziente.

Eventuali remunerazioni per tali attività, poste a carico della tariffa Creg, verranno corrisposte ai medici dalla Asl in "busta paga", secondo le usuali modalità, anche contributive.

La delibera di Regione Lombardia prevedeva, per l'assegnazione del ruolo di Provider, una prima fase di gara riservata alle aggregazioni dei medici di medicina generale e solo successivamente, poiché non in tutte le Asl la gara riservata ha garantito la copertura potenziale della popolazione ritenuta necessaria per la sperimentazione, sarà indetta una seconda gara, aperta a imprese private, case di cura, Onlus, Ospedali, ecc...

La forma aggregativa di medici di medicina generale più adatta a proporsi per la gestione del Provider sembra essere rappresentata dalla società cooperativa a responsabilità limitata e ciò per una serie di ragioni. In primo luogo la

cooperativa non distribuisce, di fatto, utili ai soci. Eventuali disponibilità di bilancio possono essere utilizzate per fornire servizi di supporto all'attività professionale a condizioni particolarmente vantaggiose.

Inoltre i soci limitano il rischio di impresa alle sole quote sociali, in pratica poche centinaia di euro.

### ALCUNE CONSIDERAZIONI

È di assoluta evidenza come la professione non possa lasciarsi sfuggire l'opportunità di gestire in prima persona questi processi assistenziali. Ciò sembra essere stato compreso soprattutto nella provincia di Bergamo, dove su circa 700 medici di medicina generale ben 460 hanno manifestato alla Asl interesse per l'iniziativa e già circa 220 hanno chiesto di associarsi alla Cooperativa denominata "Iniziativa Medica Lombarda". "Iniziativa medica lombarda" si è inoltre aggiudicata la gara per la gestione dei Creg anche nell'Asl di Melegnano, per conto di circa 40 soci. Anche nelle Asl di Milano città e di Como le cooperative dei medici di medicina generale si sono aggiudicate la gara per conto di una parte dei medici.

## LE NEWS

### Nota 13 e rimborsabilità degli Omega-3. L'Aifa diffonde un comunicato di chiarimento

Come anticipato dal Direttore Generale dell'Aifa Guido Rasi durante la Tavola Rotonda tenuta al Congresso nazionale della Fimmg di Villasimius, è stato pubblicato sul Sito dell'Agenzia un chiarimento sull'uso dei farmaci a base di Omega 3. Uno strumento utile per evitare incomprensioni da parte dei dirigenti delle Asl, che mostra anche l'efficacia di una presenza della Medicina Generale, nella persona di Walter Marrocco, nella Commissione Tecnico scientifica dell'Aifa.

Il comunicato spiega come "la Nota



13 disciplina le sole "indicazioni" riguardanti le Dislipidemie, ovvero la Ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo 1 della Nota stessa, le Dislipidemie familiari secondo i criteri specificati al relativo paragrafo 2 della Nota stessa, le Iperlipidemie in pa-

zienti con insufficienza renale cronica IRC secondo i criteri esplicativi specificati al relativo paragrafo 3 della Nota stessa, le Iperlipidemie indotte da farmaci non corrette dalla sola dieta secondo i criteri esplicativi specificati al relativo paragrafo".

Riguardo ai farmaci a base di Omega 3, il comunicato sottolinea che questi "presentano due indicazioni per patologie non direttamente assimilabili" e soltanto l'indicazione per Ipertrigliceridemia è regolamentata dalla Nota 13, negli ambiti patologici previsti. La

prescrizione per l'indicazione "prevenzione secondaria nel paziente con pregresso infarto miocardico", conclude il comunicato, è invece "soggetta alla valutazione della situazione clinica da parte del medico prescrittore e quindi rimborsata alla luce di tale evidenza clinica".







*La relazione che ha aperto il 66°  
Congresso Fimmg Metis*

## La Medicina Generale che guarda al futuro

di Donatella Alesso

Il desiderio di traguadare nel futuro, di vedere più avanti del “qui ed ora”, la capacità di fare previsioni e di agire di conseguenza sono uno dei tanti tratti che contraddistinguono l’umanità.

Però nei tempi più recenti l’orizzonte temporale della società pare essersi notevolmente ristretto. Previsioni ed investimenti (non solo economici) di lungo periodo sono abbandonati a favore di progetti di brevissimo respiro. È una sensazione di noi gente comune ma è confortata anche da analisti acuti.

Nei saggi raccolti in Regole e finanza. Contemperare libertà e rischi, Tommaso Padoa-Schioppa dice: “Un’ulteriore prova della diffusione dell’ottica di breve periodo è il restringimento dell’orizzonte temporale della politica economica e del processo politico in generale”. Ed evidentemente non considera del tutto positivo questo fenomeno: “L’ottica di breve periodo è insidiosa poiché non considera i molti aspetti della vita umana e della realtà economica per cui la scala temporale non è cambiata”.

Anche noi, ben più modestamente, riteniamo che per una categoria di professionisti sia importante cogliere le “tendenze”, le mutazioni del momento per non essere impreparati davanti al futuro più o meno lontano. Di qui la decisione di confrontarci in questo congresso sui temi dei cambiamenti della società e della medicina, sul significato e le implicazioni dei cambiamenti demografici della popolazione sul nostro lavoro.

Che cosa significherà avere assistiti più anziani e più acculturati (ma non necessariamente più capaci di comprendere), più esigenti in tema di sa-

“  
Oggi conta ciò che è  
misurabile. E non è  
facile misurare la  
fragilità di una  
persona e il carico di  
lavoro che induce.  
Però è esattamente  
ciò che dovremo  
cercare di fare.

lute, più attenti al benessere e alla qualità di vita?

E ancora: che impatto avrà l’attuale crisi economica sugli sviluppi futuri della medicina? E come influenzerà la sanità e i modelli di erogazione dell’assistenza?

Di qui la scelta di confrontarci anche sui cambiamenti demografici all’interno della categoria. Una forte percentuale di noi cesserà l’attività nel prossimo decennio, ci saranno meno medici, saranno più giovani, il gap di età tra il medico e gli assistiti sarà maggiore, ci sarà una preponderanza di donne medico. Che influenza avrà tutto questo sulla nostra professione?

Si stanno profilando innovazioni tecnologiche utilizzabili anche in ambienti non ospedalieri. Che impatto potranno avere sul nostro lavoro? Resteranno chimere disponibili solo per pochi super-professionisti? Oppure saremo capaci di cambiare il nostro approccio alla tecnica e di servircene? E in questo caso che posto occuperà nella nostra attività?

Sono prevedibili cambiamenti impor-

tanti nell’erogazione dell’assistenza. Sapremo, soprattutto a livello individuale, governarli o ce ne faremo travolgere?

Questi e altri gli interrogativi che ci poniamo guardando al futuro. Sarà un congresso di riflessioni e discussioni. Che ci auguriamo continuino anche a lavori conclusi e ci portino ad elaborare nuove visioni, senza atteggiamenti pregiudiziali, ma con una mentalità aperta e disponibile.

Credo che quasi tutti ricordino che non molto tempo fa abbiamo rischiato, come categoria, di scomparire, al grido “il ricettario a tutti”, o di diventare i medici dei “poveri” (i ricchi, gli abbienti dovevano pagare un’ulteriore imposta per avere diritto all’assistenza del medico di famiglia). Dobbiamo fare in modo che questo non capiti più.

Il problema è il contenuto della nostra disciplina, la nostra materia. Il cardiologo si interessa di cuore: definito, preciso. La sua attività si misura in ecg, eco cardiache, visite ecc. Qualcuno, in mezzo a qualsiasi crisi economica, può dire: “aboliamo il cardiologo?” o l’ortopedico? o l’urologo? Assolutamente no!

È molto facile comprendere il campo di azione e quindi l’insostituibilità: è un punto di forza.

I medici di medicina generale invece si occupano dell’essere umano: “... un compendio di stati d’animo e stati di salute, un amalgama di genetica e vita vissuta, di emozioni e nutrizione” (Alicia Gimenez Bartlett).

Un essere complesso, alla cui condizione di salute o malattia concorrono numerosi fattori, in cui l’insieme è diverso dalla somma degli addendi. Un essere che ammalando diviene fragile nella sua interezza “bio-psico-sociale”.

È questo lo “specifico” della disciplina a cui si applicano i mmg e che li rende unici e insostituibili, esattamente come un cardiologo: una conoscenza indispensabile che solo quella categoria applica approfonditamente.

Ovviamente è più difficile comprenderne il campo di azione, è sfumato e complesso: è un punto di debolezza. È più facile e funzionale affidare un ruolo, come quello di “gate keeper” e mi-

surare l'attività del mmg in ricette, impegnative e spese indotte.

Giusto o sbagliato che sia, oggi conta ciò che è misurabile. E non è facile misurare la fragilità di una persona e il carico di lavoro che induce. Però è esattamente ciò che dovremo cercare di fare.

Quale utilità avranno le innovazioni tecnologiche nel rafforzamento del ruolo? Ci aiuteranno a vincere la sfida, a mantenere la nostra figura al passo con i tempi e non diventare unicamente dei burocrati? Potranno farlo se sapremo usarle come supporto nello svolgimento della medicina di primo livello, per affinare e migliorare le nostre capacità diagnostiche, per il follow-up delle malattie croniche, per evitare il ricorso inutile al secondo livello. Non ce ne serviremo per imitare gli specialisti, o metterci in competizione con loro, con l'ospedale. Starà allo specialista dare effettive prestazioni di secondo livello. Seguire le continue innovazioni dell'informatica sarà faticoso, ma potrebbe liberarci, insieme all'impiego di personale idoneo e preparato, dalle incombenze non mediche.

“

*Non si vive di solo pane: c'è anche il piacere di consegnare alle generazioni future una situazione professionale migliore di quella che abbiamo trovato, la soddisfazione di un lavoro utile, l'orgoglio di appartenere ad una categoria apprezzata*

Così pure le innovazioni dell'organizzazione dell'assistenza saranno positive se non avremo atteggiamenti di chiusura, se sapremo costruire reti assistenziali tra di noi e con le altre figure professionali delle cure primarie e del territorio.

In questa epoca in cui la comunicazione viene continuamente invocata, in

realtà le persone hanno bisogno di parlare ed essere ascoltate, accolte, rassicurate. Per cui diventa quasi una innovazione parlare di tecniche di colloquio, di educazione terapeutica del paziente. Ma sapremo vincere la sfida con i tempi proprio se impareremo a parlare ed ascoltare il paziente, con gli altri medici, con delle indicazioni univoche. L'isolamento, la chiusura nel nostro studio, la perdita del senso di colleganza non ci aiuterà a crescere come categoria.

Un'ultima riflessione: perché una categoria di persone prevalentemente non più giovani, con la prospettiva di una vita professionale non lunghissima davanti a sé, dovrebbe percorrere la strada faticosa dell'innovazione?

Perché non si vive di solo pane: c'è il piacere di consegnare alle generazioni future una situazione professionale migliore di quella che abbiamo trovato, c'è la soddisfazione di un lavoro utile, c'è l'orgoglio di appartenere ad una categoria apprezzata e ci sarà il ricordo di tutte queste cose positive quando saremo fuori dall'ambito del lavoro.

# HRA Pharma





# PROFIM

NO LIMITS

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

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

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

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

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

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



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

Numero Verde  
**800.011.781**

[www.profimweb.it](http://www.profimweb.it)



Synchronizing Healthcare



**CompuGroup  
Medical**

## I giovani al Congresso di Villasimius

a cura dell'Esecutivo nazionale di Fimmg Formazione

■ ■ Questo mese Under40 raccoglie la voce dei medici che tornati dal Congresso Fimmg hanno invaso la posta elettronica di pensieri, emozioni, progetti. Era

impossibile pubblicare tutto, abbiamo dovuto scegliere alcune delle frasi che meglio rappresentano il ruolo emergente dei giovani all'interno del sindacato

### UNA PROFESSIONE CHE CAMBIA MA CHE NON PERDE I PUNTI SALDI

*Maria Ciccarello, Palermo*

Quando si arriva in sede congressuale, la cosa che colpisce è l'enorme numero di partecipanti, che si rende manifesto in modo eclatante nella giornata inaugurale della parte politica. Vedere l'immensa platea è davvero d'effetto e mi ha fatto pensare che, essendo quella presente solo una minima rappresentanza, siamo davvero tanti! Ma il senso di forza e solidità che la Fimmg mi trasmette come sindacato non è dato da questo ma dalla capacità che dimostra nell'analizzare scenari, elaborare progetti e soluzioni e trasmettere contenuti. E il tema scelto per il congresso, La medicina generale del terzo millennio, ne è una dimostrazione: quale titolo più adatto a descrivere quello su cui dobbiamo lavorare?

La locandina del congresso, poi, non poteva essere più rappresentativa: una bor-

sa da medico con modello palesemente femminile (a indicare la massiccia presenza delle donne nel mondo della Medicina Generale), un Vscan, indice dell'introduzione di un approccio anche strumentale nello studio del generalista, e un iPad con la nota foto di un medico del passato che cammina solo per le campagne, che ho letto come segno di una professione che cambia nelle modalità di comunicazione rimanendo, comunque, legata ad alcuni punti saldi, il rapporto di fiducia medico-paziente in primis.

### I GIOVANI SI FANNO VEDERE

*Carlo Spezia, Bologna*

Ascoltare Giacomo Milillo, Silvestro Scotti, Stefano Zingoni...Li abbiamo sentiti più volte, in diverse occasioni in giro per l'Italia. Eppure è sempre un'esperienza illuminante, c'è sempre un accento, uno spunto nuovo che ti sorprende e ti spiazza. Si va a Villasimius anche per imparare.

Ma ci sono momenti che riaffiorano più spesso di altri: Celeste Russo che annuncia un imminente convegno sui problemi dell'essere donna e medico, Alessandro Dabbene che modera sul palco della sala plenaria, Francesco Napoleone che presenta il nostro piccolo gioiello, il sito web di Fimmg Formazione.

Sì, la piccola rivoluzione, pacifica ma non tanto silenziosa, di Fimmg Formazione si allarga e comincia a vedersi un po' ovunque: dal palco delle sale maggiori al ristorante dove si cena insieme e non importa se dobbiamo litigare tutte le sere col cameriere per far allungare un tavolo che non riesce mai ad accogliere tutti.

### NOI CI SIAMO!

*Anna Rita Saponara  
e Claudia Episcopo, Basilicata*

Riteniamo che, nell'arco di sei giorni, troppo pochi siano stati i momenti dedicati alla formazione e al periodo post-diploma, ma siamo soddisfatte nel pensare che già la nostra "rumorosa" e costante presenza, da sola, abbia dato un segnale nuovo ed importante a chi ancora ci guarda con sospetto: noi ci siamo! Non siamo nipoti né figli, siamo colleghi, vogliamo con umiltà ascoltare chi è più maturo, imparare con riconoscenza da chi ha più esperienza e contribuire con la nostra energia a costruire insieme una nuova Medicina Generale!

### CAMBIARE PER MIGLIORARE

*Tessa Niccolai, Firenze*

Ciò che voglio dire è che la mia sensazione sul convegno è stata positiva; hanno partecipato tanti colleghi in formazione, che hanno appena finito o che hanno



avuto la convenzione da poco, perché la voglia di fare, di cambiare c'è e questo deve essere uno stimolo importante non solo per andare avanti, ma soprattutto per migliorare, perché tutti noi dobbiamo puntare a sviluppare una sempre maggiore professionalità e raggiungere una più alta qualità; e se a questi aspetti iniziamo a pensarci ed a lavorarci per tempo, abbiamo buone possibilità per il futuro.

## SPAZIO AI TEMI DEL MANAGEMENT ANCHE NELLA FORMAZIONE

*Daria Di Saverio, Pescara*

Il 66° Congresso nazionale Fimmg, pur nel limitato spazio dedicato ai medici in Formazione, ha fornito l'occasione ai giovani colleghi intervenuti di poter scambiare opinioni relative alla vastità delle problematiche legate alla professione ed ideare progettualità in merito al futuro della categoria, destinata a governare sempre più un ambito assistenziale in espansione ed alternativo all'ospedale. Ed è proprio in tale ottica che si ritiene necessario dover calibrare il percorso formativo del giovane medico attraverso una riformulazione dei programmi di studio e dei tirocini pratici, con lo sviluppo di aree tematiche specialistiche ed organizzati-

ve, funzionali al nuovo ruolo che noi, futuri medici di Medicina Generale, saremo chiamati a svolgere nelle istituende AFT ed UCCP.

## IL PATTO GENERAZIONALE IN "PIAZZETTA"

*Alessandro Dabbene, Torino*

Chi è stato a Villasimius ricorda soprattutto un luogo: la piazzetta. Un bar, trenta tavolini, duecento sedie, mille parole. In piazzetta avvengono gli incontri tra le persone, ci si saluta, si fanno accordi, si ride e scherza, si beve il mirto, si raccontano le storie, si confrontano le esperienze, si fa sindacato. Si intesse la rete che è stata il fil rouge del Congresso di quest'anno diventandone, alla fine il simbolo. La rete del Congresso 2011 è stata quella che ha incrociato le generazioni, tra giovani e "diversamente giovani", come amano definirsi gli over 50 del sindacato. Medici in Formazione Specifica e di Continuità Assistenziale occupavano non solo i tavolini della piazzetta ma anche le tende dei workshop, i corsi di Ecografia, la sala Congressi, i viottoli del resort. Il patto generazionale non può più attendere, il sindacato deve passare dalle parole accoglienti ad atti coraggiosi capaci di mettere in discussione vecchi as-

siomi e consolidate tradizioni per confrontarsi con le idee e le proposte di chi deve costruire la propria professione in un futuro incerto ma ricco di nuove opportunità. Un patto che richiede ascolto e capacità di trarre dall'altro gli elementi di esperienza e di novità di cui è fondamentale fare sintesi.

## PIÙ SPAZIO NEL 67° CONGRESSO

*Elisa Tesé, Palermo*

Una forte consapevolezza e tanto senso di responsabilità condivisi da tutti, nel desiderio forte di renderci protagonisti ancora di più nel nostro ruolo, presente e futuro: vorremo smettere di dire la nostra amarezza e la nostra voglia di fare soltanto a noi stessi e tra di noi! Vorremo far sentire la nostra voce a chi, accogliendola con fiducia, può realmente espanderla in un'eco che arrivi laddove si decide come governare per noi! Ed è con questo entusiasmo vissuto insieme a tutti i colleghi che ho conosciuto e che già conoscevo, che rivolgo i miei desideri e la mia fiducia al prossimo 67° Congresso 2012, e in particolare a quella "Sessione Giovani" che tanta energia porterebbe, se solo le si attribuisse lo spazio e il tempo che merita.

## Al via uno Studio Osservazionale della Medicina Generale PROGETTO START, SI PARTE

A partire dal 1° novembre 2011 entra nella fase operativa il progetto Start (Scelta della Terapia Antipertensiva – Razionale nel Territorio). Si tratta di uno studio osservazionale cross sectional in due fasi di un mese ciascuna, con un intervallo di nove mesi tra la prima e la seconda fase. Sono stati arruolati circa 500 medici di famiglia in tutte le regioni d'Italia, ognuno dei quali arruolerà 30 pazienti, per un totale previsto di 15 mila pazienti ipertesi. Questo ambizioso progetto, finanziato ed organizzato da Novartis su sollecitazione dell'Aifa, per gli aspetti operativi è stato affidato a Qb Group, un'azienda che da anni opera nel settore sanitario.

Gli obiettivi primari dello studio sono:

- 1) analizzare i determinanti della scelta prescrittiva, considerando come possibili fattori tanto le caratteristiche cliniche dei pazienti ipertesi, quanto le caratteristiche strutturali e di formazione del mmg,
- 2) valutare se e come la disponibilità di nuovi farmaci possa modificare l'atteggiamento prescrittivo. Gli obiettivi secondari analizzeranno la compliance al trattamento e il grado di soddisfazione del paziente per la terapia assunta, la persistenza del trattamento, l'efficacia del controllo pressorio e la frequenza e le motivazioni di una eventuale modifica della terapia.

*Amedeo Schipani, mmg*

# 5 notizie X 5 righe

a cura di Stefano Nobili



## 1- Rinosinusite cronica: i lavaggi nasali con soluzione fisiologica sono efficaci?

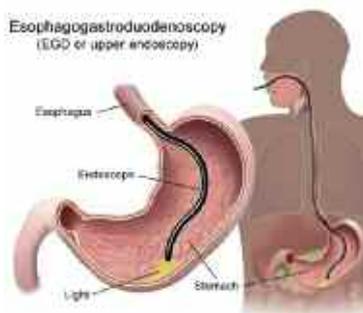
Più del 14% della popolazione adulta Usa è affetta da rinosinusite cronica (RSC) con costi che si attestano sui 3.4 miliardi di dollari l'anno. Una recente evidence-based review ha stabilito che nella RSC le irrigazioni nasali con soluzione fisiologica rappresentano una terapia con scarsi effetti collaterali, sono un'alternativa poco costosa rispetto a molti trattamenti tradizionali e diminuiscono il rischio di abuso di antibiotici, anche se l'effettivo beneficio non è così evidente nella pratica.

*Thornton K et al, J Nurse Pract. 2011; 7(8): 680-6.*

## 2- Il cacao diminuisce il rischio cardiovascolare?

Una metanalisi sugli effetti del consumo di cacao, alimento ricco in flavonoidi e dotato quindi di potere antiossidante, è stata condotta per valutare l'eventuale diminuzione dei fattori di rischio cardiovascolare. I risultati portano alla conclusione che il cacao con alto contenuto di flavonoidi migliora i livelli di pressione arteriosa, l'insulino resistenza, aumenta l'HDL, diminuisce l'LDL, ipotizzando nel tempo un decremento del rischio cardiovascolare.

*Shrime MG et al, J Nutr. 2011, Oct 5.*



## 3- L'esofago di Barrett a minore rischio di adenocarcinoma.

Uno studio di coorte danese, su una popolazione osservata dal 1992 al 2009, ha evidenziato che il rischio annuale di sviluppare un adenocarcinoma esofageo in soggetti affetti da Esofago di Barrett è più basso rispetto a dati proposti dalla letteratura (0.12 vs 0.5%). Ma il rischio è comunque più elevato con un quadro di displasia a basso grado post diagnosi, rispetto alla popolazione generale. In ogni caso il follow-up di questi pazienti non deve diminuire.

*Hvid-Jensen F et al, NEJM 2011; 365; 1375-83.*

## 4- Utilità dell'acido folico in gravidanza.

Un ulteriore studio osservazionale ha confermato i benefici dell'utilizzo di acido folico in gravidanza. È noto infatti che la supplementazione di acido folico nella donna incinta diminuisce la probabilità di sviluppo di difetti del tubo neurale. Ricercatori norvegesi hanno stabilito che l'introduzione di acido folico da 4 settimane prima a 8 settimane dopo il concepimento diminuisce del 45% il rischio di gravi ritardi nel linguaggio nei bambini di 3 anni d'età.

*Roth C et al, JAMA 2011; 306, 1566-73.*



## 5- Diminuzione della cardiopatia ischemica negli USA, ma non in tutti gli Stati.

Secondo i dati del CDC di Atlanta, dal 2006 al 2010 la prevalenza della malattia coronarica negli USA è scesa dal 6,7 al 6%. Esistono però ancora zone degli Stati Uniti dove questa percentuale è più alta: Michigan, Alabama, Mississippi, Louisiana, West Virginia, Kentucky (dal 7 all'8.2%). Lo studio del CDC ha confermato che la prevalenza per malattia coronarica diminuisce con il maggiore grado di istruzione. Le etnie a minor rischio cardiovascolare erano l'asiatica e l'Hawaiana.

*CDC, MMWR 2011; 60(40): 1377-81.*

## Valutazione e validazione del sistema “dieta on line” della Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis

# Dieta on line: uno strumento valido

■ ■ Pubblichiamo lo studio valutativo compiuto da due illustri esperti del settore sulla dieta on line, messa a punto dalla Scuola nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-

Metis. Ricordiamo che tutti gli iscritti Fimmg possono registrarsi e consultare la dieta on line attraverso le pagine della Scuola disponibili sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)

di Michele O. Carruba<sup>1</sup> e Renata Bracale<sup>2</sup>

### INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi decenni è stato registrato un crescente interesse, a livello globale, per le relazioni che intercorrono tra stili di vita, alimentazione e salute. Nei paesi industrializzati, infatti, si è verificata una preoccupante diffusione di patologie croniche degenerative all'origine delle quali intervengono molteplici fattori, fra i quali l'alimentazione riveste un ruolo importante non solo come fattore di rischio ma soprattutto come fattore protettivo. Si stima che in Europa, ogni anno, siano 300.000 i decessi correlati all'obesità ai quali è attribuibile una spesa sanitaria pari al 7% di quella totale (1). In Italia, i costi diretti dell'obesità sono stimati pari a 23 miliardi di euro all'anno, di cui il 64% dovuto ai ricoveri ospedalieri (2). In particolare, l'obesità e le patologie croniche ad essa associate costituiscono un grave problema di salute e hanno un significativo impatto economico sul sistema sanitario nazionale. L'obesità sta diventando una vera e propria emergenza sanitaria economica anche nel nostro Paese, soprattutto per quanto riguarda bambini e giovani: infatti il 23,6% dei bambini italiani è in sovrappeso e il 12,3% è obeso (3).

I danni correlati all'eccesso di peso sono stati osservati e descritti anche da Ippocrate, nel 550 a.C. Egli afferma che “un uomo grasso vive meno di un uomo

magro” e suggerisce che “Il benessere richiede la conoscenza della costituzione primaria dell'uomo e delle proprietà dei vari alimenti, sia di quelli per lui naturali che di quelli prodotti con il suo lavoro. Ma il mangiare, da solo, non è sufficiente per il benessere. Deve essere considerata anche l'attività fisica i cui effetti devono essere parimenti riconosciuti. La combinazione di questi due elementi crea lo stile di vita, qualora sia posta la dovuta attenzione all'età dell'individuo, alla situazione della sua casa, al mutare dei venti, e alle stagioni dell'anno.”

Facendo un grande salto nel tempo e arrivando sino agli ultimi cinquant'anni, possiamo affermare che l'attenzione degli studiosi si è focalizzata sull'epidemia di malattie degenerative (arteriosclerosi, patologie cardiovascolari, tumori) che ha colpito tutti i paesi più evoluti e rappresenta la maggior causa di morbilità e mortalità. Tra le indagini di maggiore interesse a riguardo ricordiamo il Seven countries study, studio concepito e coordinato dal canadese Angel Keys (4). Come dice il titolo stesso il Seven countries study, iniziato nel 1958, interessò 7 nazioni: Stati Uniti, Finlandia, Olanda, Italia, Grecia, Jugoslavia e Giappone. Era soprattutto finalizzato a cercare eventuali rapporti tra alimentazione e malattie cardiovascolari. Più in generale tutti i risultati hanno condotto a rilevare che l'ali-

mentazione degli Stati Uniti e del Nord Europa si associa a più elevato rischio di malattie cardiovascolari mentre nei paesi del Mediterraneo risulta, in tal senso, protettiva. Nacque così il concetto di “Dieta Mediterranea” che significa alimentazione prevalentemente fondata su alimenti di origine vegetale, pane, frutta, verdura, olio d'oliva e pesce.

Arrivando ai giorni nostri, tale preoccupante scenario relativo alla diffusione del sovrappeso e dell'obesità nella nostra società è attribuibile, oltre che a fattori di tipo genetico, all'adozione di stili di vita sempre più sedentari associati a scorrette abitudini alimentari. Strutturare strategie di prevenzione e sensibilizzazione su questi temi, specialmente nei confronti dei bambini e adolescenti riveste oggi un'importanza cruciale: scelte alimentari equilibrate adottate fin dall'infanzia e mantenute poi nell'età adulta insieme alla pratica di una regolare attività fisica, contribuiscono infatti a ridurre il rischio di insorgenza di patologie quali l'obesità, malattie cardiache, ipertensione, diabete, alcuni tipi di cancro e osteoporosi. Il miglioramento dei livelli di conoscenza e comprensione in tema di alimentazione e salute, la disponibilità di strumenti pratici per effettuare scelte alimentari consapevoli e la pratica di uno stile di vita attivo, rappresentano il presupposto per il miglioramento della qualità della vita.

In questa ottica, la Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita Fimmg-Metis, intendendo supportare il medico, specie se di Medicina Generale, nel suo lavoro quotidiano di cura ed educazione dei propri pazienti, ha elaborato questo “programma esperto” che si lega al percorso di gestione del paziente obeso o in sovrappeso presente nel progetto S.A.F.E. (Stile di Vita, alimentazione, Farmaco, Esercizio Fisico) <http://alimentazione.fimmg.org/safe/>, di cui ne è parte. Il Programma ha quindi lo scopo di educare anche il soggetto normopeso a migliorare le proprie scelte alimentari. La dieta, proposta al termine di un per-

corso valutativo clinico, parte dal concetto delle porzioni, adattate però alle esigenze caloriche e di ripartizione giornaliera degli alimenti del singolo individuo, ed è in ossequio ai principi della Dieta Mediterranea. Il percorso della creazione della Dieta è estremamente semplice ed intuitivo, con la possibilità di importanti personalizzazioni che il medico potrà fare nelle scelte che condividerà con il proprio paziente; ne risulterà così uno strumento facile da usare nell'ambito della Medicina Generale ed utile ad un processo educativo e di counselling che miri a sostenere e a modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita del paziente.

### IL PESO FORMA

Non può sfuggire che il controllo del peso corporeo rappresenta il terminale strategico delle abitudini alimentari. Questo significa che il comportamento e le abitudini alimentari devono essere tali da consentire un peso ragionevole: la filosofia delle linee guida nutrizionali proposte da tutte le maggiori istituzioni scientifiche mette sempre questo aspetto in primo piano.

Il nostro peso corporeo rappresenta l'espressione reale del "bilancio energetico" tra entrate e uscite caloriche. L'energia viene introdotta con gli alimenti ed è utilizzata dal corpo sia durante il riposo (Metabolismo Basale, l'energia che serve per mantenere in funzione i suoi organi, quali cervello, polmoni, cuore, ecc.), sia durante l'attività fisica (per far funzionare i muscoli). Se si introduce più energia di quanta se ne consuma, l'eccesso si accumula nel corpo sotto forma di grasso, determinando un aumento di peso oltre la norma, sia nell'adulto che nel bambino. Se invece si introduce meno energia di quanta se ne consuma, il corpo utilizza le sue riserve di grasso per far fronte alle richieste energetiche.

Nel metabolismo la variabilità individuale è tale che l'utilizzazione dell'energia cambia notevolmente fra una persona e l'altra. Cioè, pur introducendo la stessa quantità di energia con la dieta e avendo uno stile di vita simile, una persona può tendere ad ingrassare di più rispetto a un'altra. Questo è dovuto a molti fattori, ormonali e non, ma comunque l'aumento di peso è solo il risultato di un eccesso di energia introdotto rispetto alle reali necessità. Non è, però, necessario un regime smodato per aumentare di peso: mettere ogni giorno nelle nostre ri-

serve adipose l'1% delle calorie assunte significa aumentare il peso corporeo di 2,5 Kg all'anno che in dieci anni sono 25 Kg.

Un peso stabile, che rientri nei limiti della norma, contribuisce quindi a far vivere meglio e più a lungo. Riportare il peso entro valori normali richiede una disciplina rigorosa e continuativa, dato che il ritorno al peso sbagliato è frequente. Ciò vale sia per l'obesità che per la magrezza. È preferibile quindi mantenere il proprio peso nella norma piuttosto che dover ricorrere a trattamenti correttivi. Quindi tenere sotto controllo il peso significa accorgersi precocemente di un aumento anche modesto (4 chili). Questo rappresenta anche la spia che il bilancio energetico non è più in equilibrio. A questo punto capire a quale tipo di errore nutrizionale o del comportamento questo sia legato, significa anche poter con pochissima fatica, correggere quell'errore. Se si aspetta di intervenire solo quando l'obesità è conclamata, le terapie saranno sempre più difficili, impegnative e non sempre efficaci. Quindi, come tutti sanno, prevenire l'accumulo di peso è più facile che curarlo.

Mantenere il peso nella norma è più facile con uno stile di vita fisicamente attivo e con il contemporaneo rispetto di semplici regole di comportamento alimentare.

### DALLE LINEE GUIDA ALLA PRATICA PER UNO STILE DI VITA CORRETTO

I risultati degli studi epidemiologici, sperimentali e clinici, vengono continuamente esaminati dalle istituzioni scien-

tifiche internazionali: la principale è il Center of Disease Control and prevention (CDC) di Atlanta che tiene sotto controllo tutte le malattie note nel mondo e propone la loro cura e la loro prevenzione. Se da questi studi emergono evidenze scientifiche, vengono elaborati suggerimenti e consigli utili a prevenire e/o curare le patologie correlate all'obesità. Queste indicazioni sono oggi note come "Linee Guida": non si tratta di trascrizioni categoriche o perentorie ma solo suggerimenti utili a guidare ogni individuo o comunità nella scelta migliore per la salute. Le principali istituzioni scientifiche internazionali hanno emanato specifiche indicazioni per prevenire e curare le singole patologie anche mediante principi dietetici.

In Italia facciamo riferimento ai LARN, acronimo che designa i "Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di energia e Nutrienti per la popolazione italiana", una raccomandazione elaborata dalla Società Italiana di Nutrizione Umana (Sinu). I livelli di nutrienti raccomandati sono presentati in forma tabellare, per classi di età e peso, e distinti per sesso a partire dagli 11 anni di età. L'ultima revisione dei LARN è stata rilasciata nel 1996 ed ora sono in corso di aggiornamento (5).

"Le Linee guida per una sana alimentazione italiana" (Figura 1) sono state invece redatte nel 2003 dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) e rappresentano la fonte scientifica principale alla quale questo sistema di "dieta on Line" fa riferimento (6).

Infine in Italia, come riferimento di li-

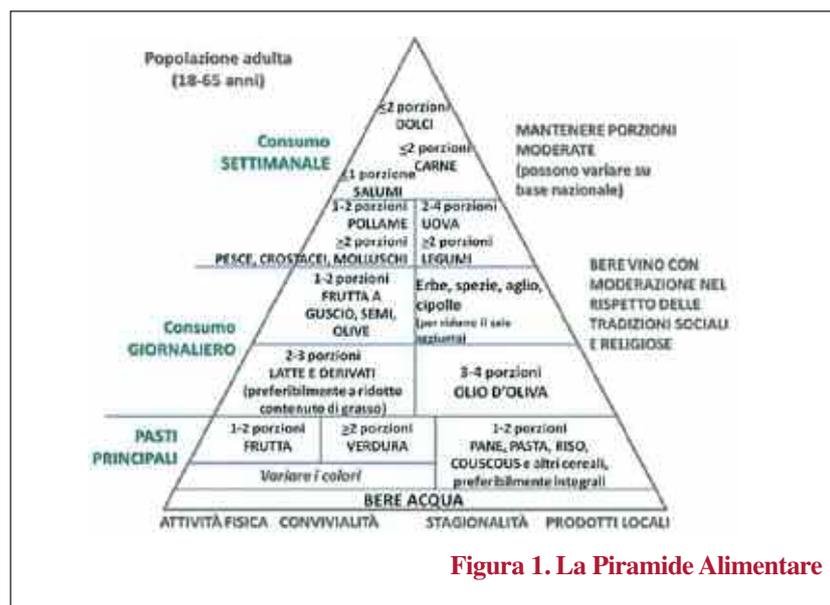


Figura 1. La Piramide Alimentare

nee guida generali per la prevenzione e la cura dell'obesità, abbiamo le LiGIO'99 pubblicate nel 1999 dalla Società Italiana dell'Obesità (7).

Il sistema "dieta on line", come si è detto, fa riferimento a queste Linee Guida ed elabora una dieta che tiene conto di queste indicazioni; in un'alimentazione equilibrata il 60% circa delle calorie della razione dovrebbe provenire dai carboidrati, dei quali almeno i tre quarti sotto forma di carboidrati complessi (circa 225 g al giorno per una dieta standard da 2000 Kcal) e non più del quarto restante sotto forma di carboidrati semplici (circa 75 g al giorno per una dieta standard da 2000 Kcal). L'introito raccomandato di fibra è intorno ai 30 grammi/giorno, quantità superiore a quella che attualmente si assume in Italia.

I prodotti ortofrutticoli sono un'ottima fonte di alcune vitamine e di molti minerali.

Gli zuccheri semplici possono essere consumati come fonti di energia per l'organismo, nei limiti del 10-15% dell'apporto calorico giornaliero (corrispondenti, per una dieta media di 2000 calorie, a 50-75 grammi).

Le quantità di grassi che assicurano un buono stato di salute variano da persona a persona, a seconda del sesso, dell'età e dello stile di vita: una quantità indicativa per l'adulto è quella che apporta dal 20-25% delle calorie complessive della dieta (per soggetti sedentari) fino a un massimo del 35% (per soggetti con intensa attività fisica). Così, ad esempio, in una dieta da 2100 calorie quelle da grassi possono variare da 420 a 700, corrispondenti a 46-78 grammi. Per i bambini di età inferiore ai 3 anni, invece, la quota di grassi alimentari nella dieta può essere più elevata.

Le proteine (10-15%) non devono discostarsi dai valori dei LARN e cioè 0,99 a 1,65 gr/Kg pesocorporeo/ die. Buona abitudine può essere mangiare più spesso il

pesce (2-3 volte a settimana). Tra le carni, preferire quelle magre ed eliminare il grasso visibile. Se si consuma tanto latte, scegliere preferibilmente quello scremato o parzialmente scremato, che comunque mantiene il suo contenuto in calcio.

## CONCLUSIONI

La corretta alimentazione è l'insieme dei comportamenti e dei rapporti nei confronti del cibo che permettono il mantenimento della propria salute nel rispetto dell'ambiente e degli altri. È opportuno ricordare che il termine "dieta" indica una selezione ragionata di alimenti, e non necessariamente un regime alimentare finalizzato ad ottenere una perdita di peso (ovvero una dieta ipocalorica).

L'assunzione errata di alimenti, sia nella quantità che nella qualità, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di malattie. Una nutrizione corretta costituisce, assieme a una adeguata e regolare attività fisica e al controllo di altri fattori di rischio, come il fumo o l'alcol, un elemento fondamentale nella prevenzione di numerose patologie croniche non trasmissibili, quali, ad esempio, malattie cardiache, diabete, patolo-

gie respiratorie, ictus. Considerando che a ciò si devono aggiungere fattori di rischio di tipo ambientale e genetici, la complessità degli elementi in gioco fa comprendere come sia necessario adottare stili di vita corretti in una età il più precoce possibile.

Concludendo, si ritiene di poter affermare che il Programma "Dieta On line" appare appropriato nei contenuti, nel metodo e producente programmi dietetici coerenti con i risultati attesi ed allineati alla letteratura scientifica più aggiornata. Risulta così uno strumento particolarmente idoneo ad essere applicato nel contesto delle Cure Primarie e valido ausilio da integrare nelle azioni per promuovere una sana alimentazione e contrastare il problema del sovrappeso, dell'obesità.

1 Centro Studio e Ricerca sull'Obesità (C.S.R.O.), Dipartimento di Farmacologia, Chemioterapia e Tossicologia Medica, Università degli Studi di Milano, Via Vanvitelli n° 32, Milano.

2 Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise Via De Sanctis, Campobasso.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Carruba M.O., *Nuovi stili di vita e piramide alimentare della salute: quale approccio?*, Atti Dietecom Italia, 2007; 6-10.
- 2) Gruppo di Lavoro del Ministero della Salute (D.M. del 1.09.2003), *Elaborazione del tipo di dieta verso cui indirizzare il cittadino, consigliando le opportune variazioni, Relazione conclusiva, giugno 2004.*
- 3) Ministero del lavoro, salute e solidarietà sociale, *Indagine "Okkio alla salute", 2008.*
- 4) Keys A., *The diet and 15-year death rate in the seven countries study*, Am. J. Epidemiol. 1986, 124 (6): 903-915.
- 5) LARN, *Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di energia e Nutrienti per la popolazione italiana*, (SINU, 1996) [www.sinu.it](http://www.sinu.it)
- 6) *Linee guida per una sana alimentazione italiana*, (INRAN, 2003) [www.inran.it](http://www.inran.it)
- 7) LiGIO'99, *Linee Guida per l'Obesità*, (SIO; 1999) [www.sio-obesita.org](http://www.sio-obesita.org)

am  
AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg  
piazza G. Marconi 25 00144 Roma  
Telefono 06.54896625  
Telefax 06.54896645

Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

Direttore  
Giacomo Milillo

Direttore Responsabile  
Michele Olivetti

Comitato di redazione  
Esecutivo nazionale Fimmg

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

Coordinatore editoriale  
Eva Antoniotti

Hanno collaborato  
Donatella Alessio, Renata Bracale,  
Michele O. Carruba, Lucia Conti,  
Firenze Corti, Bruno Cristiano,  
Paolo Giarrusso, Ester Maragò,  
Antonino Michienzi, Stefano Nobili,  
Mariano Rampini,  
Giovanni Rodriguez

Progetto grafico  
Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico  
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Foto  
Fabio Ruggiero

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

Testata associata a

ANES  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE

Editore



Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

CSST CERTIFICAZIONE EDITORIALE

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

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010  
Tiratura media: 41.264  
Diffusione media: 40.749

Certificato CSST n.2010-2105 del 28/02/2011  
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C. Sas



