



am

AVVENIRE MEDICO

- ATTUALITÀ** Certificazioni on line: prosegue la protesta / 4
ATTUALITÀ La riforma inglese punta sui medici di medicina generale / 11
PREVIDENZA Enpam: una legislatura di scelte / 19
SCIENZA Iperuricemia: una condizione clinica da riconsiderare / 22



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

1-11

N. 1 - 2011

MENSILE XLIX ANNO

EDITORIALE

Certificazione di malattia on line e Ministro Brunetta. Serve ragionevolezza e buon senso.

Fiorenzo Corti
Responsabile
nazionale
Comunicazione
Fimmg

Le vicende delle ultime settimane ci hanno insegnato molto. Tralasciamo naturalmente di occuparci di chi, all'interno delle associazioni mediche, recita in modo fantastico il ruolo di mosca cocchiera pensando di

raccattare qualche iscritto.

Il nostro impegno è invece tutto orientato a raggiungere risultati che ci permettano, pezzo per pezzo, di creare le condizioni per dare sostanza al nostro progetto di ri-fondazione della medicina generale. E la vicenda delle certificazioni di malattia on line è uno di questi pezzi.

Tutti abbiamo la consapevolezza di come sia lungo e faticoso il percorso di modifica di norme ingiuste e inutilmente vessatorie.

Sotto gli occhi di tutti è il lavoro pesante delle ultime settimane: non per desiderio egemonico, ma va detto che agenzie di stampa, giornali, servizi televisivi e interviste telefoniche, quando hanno dovuto affrontare il problema e rivolgersi alla Medicina generale hanno sostanzialmente avuto noi, la Fimmg, come interlocutori.

Di questo andiamo fieri, anche se assolutamente non pensiamo di dover contare solo sulle nostre forze, ma, dove è possibile, puntare sulla condivisione delle altre associazioni.

Venerdì 11 siamo convocati a Palazzo Vidoni. Non sappiamo come andrà a finire, chi sta leggendo queste righe ne sarà a perfetta conoscenza e ne starà subendo le conseguenze.

Siamo decisi alla mobilitazione generale, ma non riusciamo a capire come non si possa far tesoro delle conclusioni del tavolo tecnico delle Regioni dell'ultimo 8 febbraio, che scrive: "non è possibile ad oggi applicare le sanzioni, in quanto il sistema non rende disponibili tutte le informazioni necessarie. Al fine di proseguire fattivamente con il percorso avviato si propone di avviare un tavolo di monitoraggio allargato a tutti gli attori coinvolti (...) tali attività possono essere completate partendo subito entro fine 2011". Non ci vuole molto signor Ministro: ragionevolezza e buon senso. Ragionevolezza e buon senso

Certificazioni on line: prosegue la mobilitazione

Una posizione intransigente e un obiettivo irrealizzabile. Il ministro Renato Brunetta ribadisce il suo atteggiamento, proponendosi di arrivare ad ottenere il 100% dei certificati di malattia trasmessi all'Inps per via telematica. Nessun sistema, però, potrà mai essere infallibile, senza criticità e senza difetti. E certamente non possono essere i medici a pagame le conseguenze.

È questa la posizione della Fimmg e degli altri sindacati medici che, riuniti in una mobilitazione unitaria con il soste-

gno della Fnomceo, hanno chiesto ripetutamente al ministro il rinvio dell'entrata in vigore delle sanzioni. La posizione dei medici può essere riassunta nelle parole pronunciate dal presidente della Fnomceo Amedeo Bianco nel corso del Consiglio nazionale della Federazione: "Fermo restando la condivisione degli obiettivi di efficienza e qualità per i cittadini e le amministrazioni pubbliche e private oggettivamente alla base della trasmissione telematica dei certificati, ho infine nuovamente sollecitato l'intervento del Ministro Fazio affinché tutta que-

sta materia finalmente si liberi dai condizionamenti ideologici, dalla demagogia, dalla spettacolarità mediatica, per affrontare nel concreto i problemi che emergono, con la partecipazione responsabile dei medici e nel rispetto dei loro ruoli e della loro dignità professionale, un profilo di tutela che ci compete e che non consideriamo né disponibile né comprimibile".

Malgrado la disponibilità mostrata dal ministro Fazio, però, il 31 gennaio non c'è stato invece alcun rinvio e dunque i sindacati sono stati costretti alla mobilitazione, che proseguirà fino a quando non sarà possibile avviare una ragionevole trattativa con il ministro, che tenga conto delle molte criticità riscontrate nel sistema.

Il primo scoglio è sulle cifre che sono state diffuse alla stampa dal ministero, ma che sembrano poco credibili. "Il Ministero della funzione pubblica – ha dichiarato ai giornalisti il segretario nazionale della Fimmg Giacomo Milillo – certificava ad esempio che in data 31 gennaio erano



Sanzioni: la lettera inviata dal Ministero ai DG

È stato **Giacomo Milillo** a rendere pubblica una lettera (18.01.2011 prot. DFP0002495 P-4.17.1.16.3) inviata nelle settimane scorse da un funzionario del Ministero dell'Innovazione, Massimo Vitalini. Rivolgendosi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Vitalini scrive che "la prosecuzione delle

forme tradizionali di comunicazione (certificato cartaceo, ndr) configurerebbe, oltre che un illecito di legge, anche una fattispecie di improprio uso di denaro pubblico erariale con responsabilità di carattere contabile". Questo vuol dire che i funzionari delle Aziende che non perseguiranno gli autori di certifica-

zioni di malattia su carta, dovrebbero risarcire il danno erariale.

"Il ministro Brunetta annuncia a gran voce che le sanzioni verranno applicate ai medici solo in caso di colpe esplicite – commenta Milillo – ma intanto le uniche comunicazioni ufficiali arrivate dai suoi funzionari sono di ben altro tenore".

105mila i certificati inviati, mentre nella successiva cartella stampa un grafico che si riferiva alla stessa data ne rilevava 75.893. Forse il ministro Brunetta tende ad arrotondare con generosità. Del resto ha sempre dichiarato che il volume di certificati previsto è di 50 milioni all'anno, salvo ridimensionare la cifra durante la conferenza stampa portandoli esattamente alla metà". Milillo ha chiesto quindi che la situazione sia "certificata da parti terze", rivendicando come "il successo della trasmissione dei certificati on-line è da attribuire ai medici, ai sindacati, alla Fnomceo e non certo alle sanzioni del Ministro Brunetta, che da mesi non perde l'occasione per insultarci pubblicamente. Se come dichiarato, nella terza settimana di gennaio (periodo esente da sanzioni) i certificati inviati sono stati 340.000 e nei sette giorni precedenti il 31 gennaio, data dell'entrata in vigore delle sanzioni, sono stati 400.000, a cosa serve il sanzionamento se non a offendere i medici?"

E poi restano tutti i problemi già evidenziati nei mesi scorsi: l'inefficienza del sistema del call center, che richiede tempi lunghissimi a tutto scapito dell'assistenza ai cittadini; i momenti di inaccessibilità delle pagine internet per l'invio, situazione che si è verificata più volte; la mancanza di strumenti informatici in molte strutture pubbliche. "Le sedi di guardia medica in Italia non sono pronte per questo passaggio perché non sono state fornite degli idonei supporti informatici" ha denunciato Silvestro Scotti, segretario nazionale del settore Continuità Assistenziale della Fimmg, sottolineando come un'analisi

della situazione nazionale abbia rilevato "un'assenza assoluta o quasi di investimenti per l'informatizzazione delle sedi di guardia medica". Dunque, i medici di guardia medica possono esclusivamente ricorrere al call center o alla

certificazione cartacea, "ma i call center – ha sottolineato Scotti – nelle ore e nei giorni di competenza della continuità assistenziale, mostrano tutto il loro limite determinando continuamente blocchi e ritardi".

La posizione "ragionevole" della Lombardia

Dialogo fruttuoso in Lombardia al tavolo del Comitato Permanente creato dall'Assessorato alla Sanità sul problema della certificazione on line. Al termine della riunione del 4 febbraio, Fiorenzo Corti, segretario regionale Fimmg Lombardia, non nasconde la sua soddisfazione: "Sono state accettate dalla Direzione Generale Sanità, che ringrazio per la sensibilità dimostrata, le richieste nostre e degli altri sindacati; esse verranno presentate nella prossima riunione ministeriale fissata a Roma nei prossimi giorni". "Le nostre proposte – continua Corti – andavano dal non avvalersi del call center, come in altre regioni, causa di sprechi di tempo a scapito dell'assistenza clinica, al prevedere una certa percentuale di certificati cartacei in caso di failure del sistema e per le visite domiciliari. La Regione ha inoltre assicurato che il processo di informatizzazione degli ospedali e dei servizi di pronte

to soccorso sarà accelerato. Il buon senso e la ragionevolezza della Regione Lombardia – conclude il segretario regionale della Fimmg – dovrebbe essere presa ad esempio anche dal Ministro Brunetta".

Le richieste della Fimmg erano suffragate da dati concreti, ottenuti attraverso un sondaggio che ha coinvolto 340 medici di famiglia operanti nelle diverse province della Lombardia nei primi giorni di febbraio. Il sondaggio metteva in evidenza come le variazioni nella quota di certificazioni inviate per via telematica non fosse legata alle sanzioni quanto piuttosto all'inefficienza del sistema: dopo il 31 gennaio, infatti, i medici che inviavano più del 90% dei certificati telematici sono passati dal 55 al 15.6% e sono aumentati dal 6 al 30% quelli che ne inviavano meno del 50%, proprio a causa di problemi verificatisi nel sistema on line.

LE NEWS

Il Governo ha approvato lo schema di Psn 2011-2013

Il 21 gennaio scorso il Consiglio dei ministri ha approvato, su proposta del ministro della Salute Ferruccio Fazio, lo schema di Psn.

Le due sfide prioritarie individuate nel documento sono la non autosufficienza e i costi per l'innovazione, mentre i fondi vincolati (1,4 mld l'anno) saranno ripartiti su quattro obiettivi: equità nell'accesso e nei trattamenti e semplificazione burocratica puntando ai Punti unificati di accesso; tutela e cure delle persone più deboli (disabili e non autosufficienti, psichiatria e dipendenze); diffusione cure palliative e terapia del dolore e gestione più efficiente delle liste d'attesa.

Tra i temi portanti del nuovo Psn c'è anche quello della necessità di una profonda revisione della rete ospedaliera, con la chiusura dei piccoli ospedali, e di un parallelo rafforzamento della rete di medicina territoriale. Il testo, che è già stato esaminato dalle Regioni, dovrebbe presto ricevere l'Intesa da parte della Conferenza Unificata.

Il Piano di riorganizzazione dei punti nascita in GU

Pubblicato in Gazzetta Ufficiale, n. 13 del 18 gennaio 2011, l'accordo appro-



vato in Conferenza Unificata lo scorso 16 dicembre per la riorganizzazione dei punti nascita. Il Piano, fortemente voluto dal ministro Fazio, pun-

ta ad una forte valorizzazione del parto fisiologico e ad una riduzione del ricorso al parto cesareo. Fulcro degli interventi è dunque la creazione di un sistema integrato tra ospedale e territorio che consenta la presa in carico della donna, fin dalle prime fasi della gravidanza, e del bambino.

L'influenza finora è costata 144 milioni di euro

La stima viene dalla Camera di Commercio di Milano che l'ha realizzata sulla scorta di dati Istat e del ministero della Salute. Tra le province più danneggiate sul piano economico spiccano, nell'ordine, Milano, Roma e Torino. Ma a ciascuna delle prime dieci città i giorni di lavoro finora persi a causa dell'epidemia, sono comunque costati più di due milioni di euro.

Stando ai più recenti dati disponibili gli italiani costretti a letto sono stati, al momento, all'incirca 2 milioni e 800 mila. Ma siamo vicini al picco e quindi la cifra potrebbe facilmente aumentare.

Per determinare questo dato gli esperti della Camera di commercio milanese hanno preso in considerazione sia i lavoratori che gli imprenditori e lavoratori, calcolando una media di tre giorni di convalescenza pro capite, escludendo ovviamente il costo del fine settimana. E si è scoperto così che la cifra segnalata (144 milioni di euro) ha già superato – e di molto – quella dello scorso anno: i milioni di euro persi in più rispetto alla stagione influenzale 2008-2009, sono infatti 55.

Sospeso il riparto del Fondo sanitario nazionale 2011

Il Fsn 2011, ovvero la cifra complessiva stanziata dallo Stato per garantire i servizi sanitari ai cittadini, ammonta complessivamente a 106,4 miliardi di euro, dei quali poco più di 3 miliardi sono i cosiddetti "fondi vincolati", mentre la quota maggiore serve a finanziare i Lea e dunque deve essere ripartita tra le Regioni.

Come tutti gli anni, il ministero ha presentato a dicembre una propria proposta di riparto, fondata sugli stessi criteri utilizzati nel passato, ovvero una quota pro capite secondo il numero di residenti, in parte "corretta" valutando la presenza di residenti over 65.

La proposta ha però sollevato critiche da più parti. Le Regioni del Sud, in particolare, chiedono da tempo che venga valutato anche il cosiddetto "indice di deprivazione sociale", assegnando dunque maggiori risorse ai territori più poveri, perché la povertà induce un maggior consumo sanitario. Una richiesta bipartisan, sostenuta da Sicilia, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Molise, Basilicata e anche dalla Liguria, ma che vede assolutamente contrarie le regioni "leghiste", a cominciare dal Veneto. Inoltre la Liguria, insieme ad altre Regioni, chiede anche una revisione dell'indice di anzianità, per dare più risorse in rapporto alla presenza di grandi anziani, ovvero gli over 75. Infine, c'è anche chi, come la Puglia, contesta i dati sulla popolazione residente (presi da Istat, gennaio 2010), sostenendo che non tengono conto dei flussi migratori.

Per cercare una soluzione unitaria, i presidenti delle Regioni si sono riuniti per tre giorni a Roma, il 7, 8 e 9 febbraio, senza però arrivare ad una conclusione e rinviando il tema a data da destinarsi.

Nuovi incarichi nazionali Fimmg

Seguendo quanto era stato annunciato al Congresso nazionale di ottobre, sono stati definiti nuovi incarichi specifici per seguire tematiche o realtà particolarmente rilevanti per l'attività sindacale. Fiorenzo Corti è stato confermato responsabile della Comunicazione, mentre Paolo Misericordia è ora responsabile del Centro Studi. Inoltre Antonio Calicchia è referente nazionale per le cure domiciliari, Lorenzo Bacchini per la terapia del dolore e Giancarlo Aulizio per gli ospedali di comunità. Franco Pagano è invece coordinatore Fimmg nella Commissione Prassis.

Il medico di famiglia... questo conosciuto!

di Stefano Zingoni*

Gli studi e le rilevazioni sulla figura del Medico di famiglia (MF) e sulle caratteristiche della nostra professione in Italia negli ultimi cinque anni non sono né pochi né di poco conto, anche per l'impulso dato agli stessi dal Centro studi nazionale della Fimmg.

Tanti sono gli approcci possibili di queste indagini sia che si rivolgano ai medici che alla popolazione assistita, tuttavia il più in uso risulta essere quello campionario statistico, anche se esistono tentativi censuari di oggettivazione di settori dell'attività del MF. Nessun metodo e neppure i più usati, sopra citati, è scevro da difetti. Per quanto riguarda quello campionario statistico, fatto salva la correttezza della costituzione del campione e dell'esecuzione dei rilevamenti, che diamo per scontata visto il prestigio degli istituti cui ci riferiremo, presenta, ad esempio, problemi associati al ricordo delle malattie e delle prestazioni da parte degli intervistati. Per quanto riguarda il metodo di oggettivazione di parte dell'attività attraverso rilevazioni in automatico, utilizzando i gestionali di studio, si rivolge a medici volontari, che non rappresentano necessariamente un campione statistico, inoltre non rileva i bisogni insoddisfatti della popolazione. Sempre e comunque di approssimazioni stiamo parlando, tuttavia se si vuole avere una stima quanto più attendibile possibile del carico di lavoro del MF in questi ultimi cinque anni, infatti di questo voglio brevemente occuparmi, ritengo che l'approccio più utile sia quello campionario statistico sulla popolazione (sul medico potrebbe prestare il fianco ad un sospetto di parzialità), con-

frontando le tre principali indagini in materia: Istat (2005) e su specifiche del Centro studi nazionale della Fimmg quelle affidate ad SWG (2008) ed ISPO (2010).

Pur con tutti i limiti derivanti dal paragone di indagini non omogenee, tuttavia risulta evidente un aumento importante del carico di lavoro del MF: le visite "generiche" come le chiama l'Istat sono aumentate del 20,5% rispetto alla rilevazione precedente del 2000 della stessa fonte.

Il dato citato si riferisce alla fruizione del servizio del MF nelle quattro settimane antecedenti l'intervista e non può quindi essere agevolmente confrontato con quelli SWG (2008) ed ISPO (2010) che si riferiscono invece ai dodici mesi precedenti, ma dal paragone fra queste ultime due ricerche emergono ulteriori informazioni interessanti a conferma del progressivo aumento dell'impegno professionale del MF. Il 96% del campione 2010 dice di passare dal medico almeno una volta

l'anno per farsi prescrivere una ricetta o ritirare un certificato (era un 86,7% nell'indagine 2008); il 39% spesso. Si fanno visitare dal medico almeno una volta l'anno 8 pazienti su 10 (erano 7 su 10 nell'indagine 2008); 2 su 10 lo fanno spesso. Il 60% dichiara di essersi consultato telefonicamente con il dottore almeno una volta l'anno (era il 48,9% nell'indagine 2008); il 15% invece dice di farlo spesso (era il 5,7% nell'indagine 2008).

Se poi si vuole cercare di enucleare con più attenzione da questi dati quanti siano veramente gli accessi che sono motivati esclusivamente da una ripetizione di ricetta, occorre incrociare le risposte alla frequenza di accesso con quelle alla motivazione di accesso, si ottiene così la stima che circa ¼ dell'attività del MF consiste in sola, seppur indispensabile, ripetizione di ricetta, a conferma di quanto evidenziato già nell'indagine Istat del 2005, ricavandone una considerazione finale: in questi ultimi anni sicuramente il carico

di lavoro del MF si è sensibilmente appesantito, ma non per un aumento delle attività più ripetitive, bensì per un ampliamento delle attività più professionalizzanti questa figura sanitaria.

Che l'incremento nello stesso lustro della soddisfazione testimoniata dai cittadini verso il MF (Istat 2005 64,3%, SWG 2008 88,6%, ISPO 2010 96%) dipenda anche da questo e magari ne sia una implicita conferma? Con tutte le cautele per le cifre, che però non possono non avere un significato quando nel tempo si confermano comunque su valori di eccellenza, ci piace pensare di sì.

* Presidente nazionale Fimmg



AGENZIA FINANZIARIA Club

LA CESSIONE DEL V DELLO STIPENDIO

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

Per te



FINO A
100.000 euro

TAN e TAEG convenzionato

**Importo erogabile
fino a 100 mila euro**

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

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

MUTUI CASA AGEVOLATI

Le migliori convenzioni nel settore sanitario



Il Club Medici garantisce

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

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

Individuazione dello sportello bancario convenzionato territorialmente più vicino al socio

AGENZIA VIAGGI Club

PRENOTAZIONI E CONSULENZA

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



servizio di consulenza e prenotazioni

Viaggi organizzati individuali e di gruppo
Soggiorni mare, montagna, terme e agriturismo

Hotel, villaggi turistici, residence, crociere marittime e fluviali

Pacchetti speciali per viaggi di nozze

Last minute e offerte speciali

Biglietteria aerea nazionale, internazionale e marittima

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

Club Medici è un'azienda a partecipazione paritetica tra il sindacato dei medici e il gruppo Club Medici Finanziaria. Il Club Medici è un'azienda a partecipazione paritetica tra il sindacato dei medici e il gruppo Club Medici Finanziaria. Il Club Medici è un'azienda a partecipazione paritetica tra il sindacato dei medici e il gruppo Club Medici Finanziaria.

Area Blu
Via G. Marchi, 10 Roma
info@clubmedici.it

chiama
06 8607891

Area Verde
Centro Direzionale Isola E3,
Palazzo Avision Napoli
area@clubmedici.it

chiama
081 7679520

al Club Medici
tutti i giorni è un...

OpenDay

i nostri funzionari
sono a tua completa
disposizione



Il disagio della Medicina Generale

di Marcello Mangione*

Rabbia, indignazione, stanchezza, sfiducia, frustrazione, insicurezza, nostalgia e infine rassegnazione: sono i sintomi della “malattia” che si è subdolamente insinuata nel corpo della medicina generale.

Le continue promesse, mai mantenute; le dichiarazioni d'intenti annunciate in ogni convegno; il sostenere di mettere al centro del sistema sanitario il medico di famiglia solo a parole e, di fatto, non investire un minimo di risorse per essere coerenti con il dettato normativo delle riforme: queste sono alcune delle cause della malattia. La terapia potrebbe essere causale, visto che la malattia non è idiopatica, ma richiederebbe uno sforzo di buona volontà e coerenza che, invece, alla disamina dei fatti, appare difficile attendersi.

Il recente 65° Congresso nazionale Fimmg, svoltosi in Sardegna, ha cercato di dare una risposta ai problemi sul tappeto della Medicina Generale. Le sessioni, numerose, ne hanno approfondito temi, anche all'interno di un quadro di politiche sociali come il federalismo in sanità. Il nuovo welfare come sfida dei cambiamenti, il problema della non autosufficienza, la cooperazione come modello per ge-

stire le nuove UCCP, nel tentativo di tracciare la via del cambiamento e della rifondazione sembrano poter essere gli unici rimedi coerenti per salvarci da questa malattia.

Insomma, il Congresso è stato pieno di spunti e di stimoli per seguire la via del cambiamento. Gli interventi del ministro del Welfare Sacconi e della Salute Fazio sono sembrati essere in sintonia con questo spirito di riforma e le professionalità, che si sono impegnate a focalizzare i punti nodali e le aree di intervento possibili, se ascoltate, saranno di facilitazione a questo percorso.

Il corpo della MG è costituito in gran parte da medici che sono entrati in convenzione con il Ssn all'inizio degli '80, appena laureati, giovani e pieni di entusiasmo e di voglia di fare. Questa generazione, che ha sostituito la precedente, quella dei padri fondatori per intenderci quali Boni, Pagni, Poggiolini, Olivetti e Capri, che ne ha seguito le direttive e rispettato le indicazioni e, in tal modo, ha di fat-

to dato un grande contributo di idee, cercando di definire il corpus e la job description della professione, con un lavoro più che ventennale nella società scientifica e nel sindacato nazionale. Le due sigle, Simg e Fimmg, hanno in tal senso prodotto un lavoro corposo che non può essere sminuito.

Sono trascorsi tre decenni da quell'inizio e a tutte le speranze e i progetti non è stata data risposta. I giovani medici di famiglia degli anni '80 sono adesso maturi, quasi anziani, tanto che qualcuno già pensa al pensionamento come una possibile via di uscita alla mortificazione di un sogno non realizzato. Ma molti, ancora motivati e determinati, credono possibile un cambiamento e una riforma del sistema sanitario che renda giustizia a questa lunga attesa e che giovi al cittadino utente spesso mortificato e indifeso nell'attuale percorso assistenziale. Sarebbe drammatico per noi che ci crediamo e ci abbiamo creduto e per i giovani medici che si affacciano ora, pieni di speranza e voglia di

“

Le molte promesse non mantenute scatenano la frustrazione nella generazione di medici che è entrata nella Medicina Generale negli anni '70





fare, se questa fosse l'ennesima occasione perduta, l'ennesima dichiarazione di intenti non seguita da impegni concreti e reali, né da investi-

menti sulla professione. Noi, che siamo quella generazione di giovani medici degli anni '80, crediamo fortemente ancora nel cambiamento e nel-

la rifondazione della MG e anche se non potremo godere a lungo dei risultati positivi, almeno abbiamo come prospettiva che di questi possano godere le nuove generazioni di medici, quelli che stiamo contribuendo a formare attraverso percorsi specifici e che stanno per accedere alla professione. Questa nuova generazione di medici, oltre ad avere diritto a un dignitoso sbocco professionale, potrà essere di valido supporto per garantire la sostenibilità del sistema pensionistico, così come la nostra ha garantito quella dei fondatori.

È sicuramente questa la sfida che ci attende e che non può ulteriormente essere dilazionata se non si vuole rischiare di finire, come un vecchio treno inutile, su un binario morto.

**consigliere Fimmg Palermo*

Dal Dr. Tersilli alla Ri-fondazione della medicina generale

Che dovevamo essere una generazione di transizione l'abbiamo sempre saputo: fin dai tempi del liceo avevamo capito che nulla, dopo il 1968, almeno nel mondo occidentale, sarebbe stato lo stesso. Insomma, un'epoca stava per chiudersi. Un modo di intendere la realtà stereotipato e ripetitivo era alla fine e a noi che eravamo arrivati alla fine di quel periodo ci attendeva il compito di traghettare il vecchio modo di intendere la realtà ad una nuova era piena di aspettative e speranze. Non sapevamo, però, quanto lunga e difficile sarebbe stata la traversata né conoscevamo in quali lidi saremmo approdati né tantomeno chi di noi si sarebbe perso per altre strade e neppure in quanti ce l'avremmo fatta. Questo è quello che è successo a quella generazione di "giovani medici" degli anni '80 (ringrazio Mangione per aver riportato alla memoria questo modo di dire, che era appunto il termine con il quale veniva individuata quella generazione di medici laureatesi a cavallo degli anni '70-'80). Una generazione di medici che, per scelta o necessità, intraprendeva la carriera



di medico di famiglia, che sicuramente sapeva che non voleva essere più come il Dr. Tersilli, ma che non immaginava neppure come e dove poteva essere il "nuovo" medico di famiglia.

Sapeva solo che la 833/78 (e le suc-

cessive leggi di riforma) avevano cambiato il modo di esercitare la medicina generale ma non sapeva (né

altri lo sapevano per lui)

come avrebbe dovuto essere. Sono passati trenta e più anni, una irreversibile rivoluzione informatica e telematica, una inesorabile patomorfosi delle patologie e la comparsa di crisi economico-finanziarie internazionali e nazionali per poter ridisegnare la figura del medico di famiglia nel territorio (il processo della ri-fondazione della medicina generale). Certo sono passati trenta anni, una vita mi verrebbe da dire, e siamo ancora lì in mezzo al guado, sapendo solo quello che non siamo più senza sapere quello che dovremmo essere. Sappiamo che dovremmo essere un'altra cosa e che lentamente

(molto lentamente, così come sempre avviene per qualsiasi cambiamento nel nostro Paese) stiamo cercando di riconvertirci in un altro modo di esercitare la medicina di famiglia.

P.G.

La riforma sanitaria proposta da Cameron in Inghilterra

La rivoluzione sanitaria fondata sulla Medicina Generale

Meno politica, burocrazia e ospedali; più medici, cittadini e territorio. Con questo slogan si può riassumere il piano del governo conservatore di David Cameron. La proposta, approvata alla Camera dei Comuni per la prima lettura, prevede una quasi totale destrutturazione dell'attuale sistema sanitario e sociale inglese per fondare un rivoluzionario sistema che metta alla porta la politica, sviluppi competitività tra gli ospedali, e affidi la gestione (ma anche la responsabilità) del servizio sanitario nazionale ai medici di medicina generale e ai cittadini stessi, in stretta collaborazione con le istituzioni comunali e municipali.

Anzitutto saranno abolite le Strategic Health Authorities e i Primary Care Trusts (PCTs), punti di riferimento organizzativi, gestionali e assistenziali della sanità inglese, in pratica le nostre Regioni e le nostre Asl. Le loro competenze passeranno nelle mani dei medici di medicina generale riuniti in consorzi e affiancati da altre professionalità, in stretta collaborazione con le comunità locali e le autorità municipali. Proprio a questi ultimi enti saranno trasferiti altri servizi di sanità pubblica di base, compresi parte di quelli attualmente erogati dai medici di famiglia (vaccinazioni, screening, visite di controllo...).

La sanità territoriale sarà dunque il nuovo pilastro della sanità inglese. In particolare, la filosofia che guida la riforma è quella di creare un legame così stretto tra la cosa pubblica e i cittadini da innescare un meccanismo virtuoso di responsabilizzazione sia in termini di qualità che di appropriatezza di domanda di prestazioni. Per questo Cameron promette che la politica farà un passo indietro per lasciare più potere agli operatori sanitari, che però, specifica il piano, dovranno misurarsi



“
Fuori la gestione politica,
la gestione e la responsabilità
passa ai medici di medicina generale riuniti in consorzi

con le conseguenze degli errori commessi nei confronti dei pazienti, che sono anche i contribuenti che li finanziano.

Lo stesso vale per i pazienti: libertà di

scegliere il luogo di cura e di condividere le scelte assistenziali, incluse quelle di fine vita; ma in cambio di un maggiore controllo sul sistema, i pazienti dovranno accettare la responsabilità per le scelte che compiono (stili di vita compresi) e l'aderenza ai programmi terapeutici.

In termini di personale, questo comporterà un taglio di almeno 15mila incarichi politico-manageriale e, al contrario, un aumento delle forze dei professionisti in campo, in particolare quelle infermieristiche.

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, il piano Cameron conferma la linea dei precedenti governi verso la semi-privatizzazione degli ospedali, per stimolare la competitività qualitativa attraverso il sistema di mercato. Mentre

gli ospedali del Nhs (cioè il servizio sanitario nazionale) dovranno trasformarsi nel giro di qualche anno in Fondazioni.

QUANTO COSTERÀ E QUANTO FARÀ RISPARMIARE

Per realizzare tutto questo, secondo il ministro della Sanità Andrew Lansley, serviranno 1,7 miliardi di euro, ma agli esperti economisti i conti non tornano e stimano i costi della riforma in 3,5

miliardi di euro, cioè il doppio. I risparmi, secondo il Governo, saranno invece di 2 miliardi di euro all'anno sul costo del lavoro e di altri 14 miliardi derivanti dalla migliore gestione delle risorse nei prossimi 10 anni.

I contenuti della riforma, comunque, hanno raccolto anche il favore dei laburisti, che vedono l'impronta già suggerita dall'ex governo di Tony Blair. I maggiori oppositori alla riforma, invece, sembrano essere proprio i medici,

almeno sulla base dei risultati di un sondaggio condotto ad ottobre dal sito inglese www.doctors.net.uk. Secondo il sondaggio, solo un medico su 4 pensa che la riforma sanitaria possa rendere migliore l'assistenza ai pazienti.

Prudenza anche da parte della British Medical Association, che assicura la collaborazione dei medici al Governo ma anche una dura battaglia contro l'eccessiva privatizzazione degli ospedali.

L.C.

"L'Inghilterra premia i medici e punisce i burocrati"

Intervista a Francesco Carelli, medico italiano membro del Royal College e del British Medical Council sulla riforma presentata dal Governo inglese. "Tutto nasce da una valutazione economica intelligente: si è capito che investendo sulle primary care si ha un servizio migliore e le prestazioni costano meno".

Francesco Carelli è direttore della comunicazione di Euract Council e membro del Royal College e del British Medical Council.

Insomma, un medico di famiglia con una profonda conoscenza della realtà europea della Medicina Generale e in particolare della situazione in Inghilterra.

Dottor Carelli, come dobbiamo interpretare la riforma della sanità inglese annunciata da Cameron? Si tratta di una semplice revisione del sistema o di qualcosa di più consistente?

È un cambiamento importante ed epocale e dimostra ancora una volta che gli inglesi sanno intervenire rapidamente quando capiscono che ce ne è bisogno. Adesso hanno bisogno di contenere i costi, rafforzando la centralità del paziente. E dunque cambiano ancora una volta le regole, dopo aver introdotto soltanto nel 2004 un sistema "a punti" basato sulla qualità.

Come funzionava, visto che anche da noi si parla tanto di qualità?

Il contratto con i medici del territorio si fondava sulla qualità: azioni positive, corrispondevano a un certo numero di punti e raggiunta una certa

quota scattava il premio. Il problema è stato che oltre il 90% dei medici aveva raggiunto l'obiettivo e dunque il sistema si è rivelato molto costoso. Così, dopo un contratto senza premi nel 2009 e con più compiti per i medici, adesso si cambia un'altra volta.

Ma lei quale crede che sia il sistema migliore?

Il sistema perfetto non esiste. Non lo sono quelli basati sulle casse mutualistiche, come quello tedesco o svizzero, né quelli "a rimborso", come il sistema francese. Il sistema inglese ha il vantaggio di essere universalistico e di essere legato al paziente, come avviene in parte anche da noi. Si conosce la storia del paziente e questo permette di avere il polso della situazione sotto il profilo epidemiologico. In Francia o in Germania, invece, il paziente entra nel sistema solo per un ciclo di malattia e non se ne conosce niente altro. Quindi sfuggono ad ogni controllo sia la sua salute globale, sia i costi.

Chi ha deciso di avviare la riforma?

Il governo Cameron, che si è insediato nel maggio scorso, ha subito pensato a questa riforma, tanto che già a luglio circolava un testo sintetico



del White Paper che ne conteneva i capisaldi.

Ma la stesura definitiva è nata non attraverso una discussione di vertice ma con un sistema molto democratico, che ha coinvolto nella discussione anche tutti i medici. Io, ad esempio, come membro del Royal College e il British Medical Council, ho ricevuto mail da queste due associazioni, che mi chiedevano di inviare, sempre per via elettronica, argomentazioni, critiche e pensieri. Le associazioni poi hanno sintetizzato le risposte ricevute e le hanno inviate al ministero, che ne ha tenuto conto nella stesura definitiva. Ora, le associazioni sottoporranno il testo definitivo ad un referendum tra i loro iscritti, che potranno votare per lettera o per email. Soltanto se avranno raccolto la maggioranza dei consensi le associazioni sottoscriveranno la riforma.

Un po' come il referendum della Fiat?

Più ampio, perché coinvolge tutti i medici, come è già avvenuto nel 2004.

Il fulcro della riforma inglese è un deciso rafforzamento del livello territoriale. Pensa che si realizzerà concretamente?

In Inghilterra, già oggi, la sanità sul territorio è molto sviluppata. Il general practice, cioè il medico di famiglia, è il medico del cittadino. Negli studi ci sono biblioteche consultabili e i pazienti si ritrovano negli studi per fare educazione sanitaria, per parlare dei loro problemi, per avere consigli dagli infermieri, oltre che per essere visitati individualmente dal medico. Insomma, un rapporto del tutto diverso e che rende la riforma possibile.

Senza dimenticare che la riforma na-

sce da una valutazione economica intelligente è ha un preciso obiettivo: tagliare i costi. Si è capito che investendo sulle primary care si ha un servizio migliore e le prestazioni costano meno. Intanto si taglia sugli ospedali, che devono andare in concorrenza, e sulle amministrazioni, grosso modo corrispondenti alle nostre Asl e alle Regioni. Questo produrrà risparmi, che permetteranno di prendere, ad un costo inferiore, altre professionalità, in particolare infermieristiche. Dall'altro lato dovrebbe mettere in maggiore evidenza il paziente, dandogli maggiori diritti ma anche maggiori responsabilità.

Anche il "medico di famiglia" avrà maggiori responsabilità.

Il punto a favore è che il medico torna veramente a fare il clinico e non il burocrate. Il grande punto interrogativo, invece, è che il medico non è

preparato a fare anche il manager economico, ed è su questo che resta qualche perplessità.

Queste maggiori responsabilità avranno un riconoscimento economico?

Intanto c'è una sorta di riconoscimento psicologico, visto che non saranno più assediati da burocrati e controllori che nulla sanno della medicina. E poi, risparmiando, si dovrebbero trovare le risorse per la premialità.

Che tempi avrà l'attuazione della riforma?

Rapidissimi. Dovrebbe essere già in cantiere nel 2012 e nel 2014 andare a regime. Anche perché vogliono avere rapidamente il risultato economico.

Eva Antoniotti

Sine ira et studio - Senza ira né pregiudizi

Una partita a scacchi

■ ■ La metafora della partita a scacchi serve a illustrare la differenza tra gli approcci psicologico, psicanalitico, psichiatrico e filosofico. Immagina di trovarti impegnato in una partita a scacchi e di avere appena fatto una mossa. Il tuo psicoterapeuta ti chiede: "Perché hai compiuto quella mossa?". Tu, che non sai dove vuole arrivare, rispondi: "Beh, volevo mangiare la torre". Lo psicoterapeuta però continua a porre domande per scoprire la presunta causa psicologica di quella mossa, con la certezza che c'è una spiegazione al di là del "volevo mangiare la torre", e puoi così trovarti a raccontare l'intera vicenda della tua vita per dare ragione alle sue supposizioni. Una teoria psicologica avrebbe ipotizzato che il tuo attuale comportamento aggressivo – il desiderio di mangiare la torre – deriva da precedenti frustrazioni. La stessa domanda te la por-

rebbe il tuo psicanalista: "Che cosa ti ha indotto a fare quella mossa?". Alla tua risposta: "Beh, volevo mangiare la torre", lui replicherebbe: "Molto interessante. E adesso, che cosa ti ha indotto a rispondere che è stato questo a indurti a fare quella mossa?". Ancora una volta ti può capitare di vederti cavare di bocca l'intera storia della tua esistenza, o perlomeno i capitoli riguardanti la tua infanzia. Se lo psicanalista non è ancora soddisfatto, proporrà magari motivi di cui eri inconsapevole, riandando alla prima infanzia. Una teoria psicanalitica, ancora corrente, reciterebbe che il tuo comportamento possessivo, il desiderio cioè di mangiare la torre, deriva dalla tua insicurezza repressa, causata dal fatto di essere stato svezzato dall'allattamento al seno. Anche il tuo psichiatra ti chiederebbe: "Che cosa ti ha indotto a fare quella mossa?". Tu torni a rispondere: "Beh, volevo mangiare la torre". A questo punto il tuo psi-



chiatra consulta l'ultima edizione del DSM alla ricerca dello squilibrio della personalità che meglio descrive i tuoi sintomi. "Ah, eccolo qua: turba della personalità aggressiva-possessiva". Una teoria psichiatrica, che ancora ha corso, diagnosticherebbe il tuo comportamento come il sintomo di una lesione cerebrale, e ti verrebbero somministrati farmaci per cancellare questo presunto sintomo. Al contrario, il tuo consulente filosofico ti chiederebbe: "Quale significato, scopo o valore ha adesso per te questa mossa?". E: "Quale effetto produrrà sulla tua prossima mossa?". E ancora: "Come giudiche-

resti la tua situazione in questa partita, e come potresti migliorarla?". Il filosofo considera la mossa non soltanto come effetto di una causa precedente, ma come qualcosa di significativo nel contesto della partita, nonché la causa di futuri effetti. Riconosce cioè che hai una scelta di mosse da compiere e considererà forse importante la causa della mossa, non però l'intera vicenda. Io ritengo che sia assai più salutare vivere la propria esistenza anziché continuamente scavare in cerca delle sue radici. Se si continua a farlo, neppure la pianta più robusta riuscirà mai a prosperare, per quante cure tu le dedichi. La vita non è una malattia. Non si può cambiare il passato. La consulenza filosofica dal passato prende le mosse e procede ad aiutare la gente a sviluppare modi produttivi di considerare il mondo, e pertanto un programma complessivo di agire in esso, giorno per giorno.

Bruno Cristiano

Le Pera è segretario regionale Fimmg Emilia Romagna

Il Consiglio direttivo della Fimmg regionale Emilia Romagna, a seguito della elezione di **Stefano Zingoni** alla carica di presidente della Fimmg nazionale, in ottemperanza a quanto previsto dallo Statuto della Fimmg nazionale in tema di incompatibilità, nella seduta del 24 novembre scorso ha eletto **Renzo Le Pera** alla carica di segretario generale regionale.

Fimmg Perugia

Il 23 ottobre scorso si sono tenute le elezioni per il rinnovo del Consiglio direttivo provinciale per il quadriennio 2011-2014, mentre il successivo 3 novembre il nuovo direttivo ha definito gli incarichi per l'Esecutivo provinciale. L'organigramma di Fimmg Perugia è dunque definito come segue: segretario provinciale **Leandro Pesca**, vicesegretario provinciale **Valerio Sgrelli**, tesoriere **Francesco Giorgetti**; completano il Consiglio direttivo **Angew Bensi**, **Mario Bernardi**, **Graziano Conti**, **Piero Grilli**, **Feliciano Martini**, **Sabatino Orsini Federici**, **Alberto Trippetti**, cui si aggiungono i fiduciari Usl: per Usl 1 **Antonio Moni** e **Marco Bonelli**, per Usl 2 **Claudio Mariotti**, **Federico Marzoli**, **Tiziano Scarponi** e **Giuseppe Zagarella**, per Usl 3 **Carlo Tramontana**, **Leonardo Piselli** e **Natale Sigismondi**.

Revisori dei Conti sono stati nominati **Gregorio Baglioni**, **Giovanni Cibrifera** e **Giuliana Duranti**; Proviviri sono **Brunello Brunelli**, **Leonardo Draghini** e **Ottavio Menculini**.

Fimmg C.A. Veneto

Il 25 novembre scorso il Consiglio direttivo regionale C.A. del Veneto ha eletto il proprio esecutivo per il quadriennio 2011-2014: segretario regio-

nale C.A. **Alberto Cossato**, vicesegretario vicario **Rosario Cattano**, vicesegretario **Babila Bandiera**, segretario amministrativo **Jacopo Ceparo**. Revisori dei conti sono stati eletti **Alessandro Pace**, **Elena Dal'Ò** e **Marzia Passetto**.

Fimmg Varese

Il 29 novembre scorso si sono rinnovati gli incarichi della sezione provinciale Fimmg di Varese. Il nuovo organigramma risulta dunque essere: segretario provinciale **Daniele Ponti**; tesoriere **Angelo Michele Bianchi**, vicesegretari **Giulio Corgatelli** e **Mauro Pigni**; completano il consiglio provinciale direttivo **Maurizio Cannavò**, **Carlo Luigi Colombo**, **Valter Colombo**, **Roberto Nardi**, **Marco Passamonti** e **Aurelio Sessa**. Proviviri sono **Teodora Gandini**, **Giancarlo Colombo** e **Maurizio Viganò**; Revisori dei Conti sono **Franco Baranzini**, **Massimo Caprari** e **Giuseppe Tilli**.

Fimmg Mantova

Il 30 novembre scorso sono stati rinnovati gli incarichi dirigenti della sezione provinciale Fimmg di Mantova per il quadriennio 2011-2014: segretario generale provinciale **Piero Parenti**, tesoriere provinciale **Alfredo Bettoni**, vicesegretari provinciali **Saverio Bolzoni**, **Pierluigi Ligabò** e **Adelmo Mambrini**; componenti del Consiglio Direttivo **Stefano Bernardelli**, **Patrizia Frignani**, **Adelia Gringiani** (Distr. Mantova), **Maria-Rosa Lui** (Distr. Asola), **Doriana Bertazzo** (Distr. Guidizzolo), **Ennio Alberici** (Distr. Ostiglia), **Giuliano Pedrazzoli** (Distr. Suzzara), **Bruno Bartolucci** (Distr. Viadana). Proviviri sono **Claudio Leoni**, **Giuliano Magni** e **Giorgio Moreni**; Revisori dei Conti sono **Gianni Cossu**, **Carlo Negri** e **Camillo Rutilli**.

Fimmg Caserta

Il 2 e 3 dicembre scorsi si sono tenute le elezioni per il rinnovo degli organismi dirigenti della sezione provinciale Fimmg di Caserta. Il nuovo organigramma è così definito: segretario provinciale **Federico Iannicelli**, vicesegretario vicario **Giovanni Tancredi**, tesoriere **Alfonso Capasso**, segretario organizzativo **Roberto Fabozzi**. Il Consiglio direttivo provinciale è inoltre composto da **Carlo Cavallotti**, **Augusto Cesare**, **Angelo Cioffi**, **Vincenzo Fabozzi**, **Giuseppe Folco**, **Francesco Graziano**, **Antonio Iovine**, **Michele Nocera**, **Domenico Papa**, **Pasquale Perrotta**, **Giacomo Domenico Pulcino**, **Francesco Roscilli**, **Giuseppe Tondo** e **Vincenzo Zitiello**.

Fimmg L'Aquila

Il 23 dicembre scorso sono stati rinnovati gli incarichi della sezione provinciale Fimmg di L'Aquila: segretario provinciale **Giancarlo Rossetti**, vicesegretario vicario **Vito Albano**, vicesegretari **Raffaele Allegritti**, **Roberto De Santis** e **Domenico Savocchio**, tesoriere **Eugenio Callegaro**; il Consiglio direttivo comprende **Domenico Barbati**, **Maurizio Cacchioni**, **Pasquale Cambise**, **Carlo D'Innocenzo**, **Pierfranco De Grandis**, **Fernando Di Iulio**, **Vincenzo Frascione**, **Sandro Giansante**, **Rita Pio** e **Luca P.Pupillo**. Revisori dei Conti sono **Roberto Di Cesare**, **Gianfranco Gallese**, **Nicola Incorvati** e **Riccardo Milanese** (supplente). Proviviri sono **Loredana Barberio**, **Maria Rita Blasetti** e **Luciano Lippa**. Nei Consigli di distretto sono stati indicati: **Sandro Giansante** (AQ1), **Carlo D'Innocenzo** (AQ 2), **Domenico Barbati** (Avezzano), **Fernando Di Iulio** (Celano), **Pierfranco De Grandis** (Tagliacozzo), **Vincenzo Frascione** (Castel di Sangro), **Maurizio Cacchioni** (Sulmona).

DALLE PROVINCE

Un modello di comunità professionale: la rete UNIRE di Brescia

di Giuseppe Belleri

A dieci anni dal varo della clinical governance nel regno unito si può riflettere su come sia stato recepito questo modello nel nostro Paese. In che misura, in Italia, sono cambiati i processi assistenziali territoriali sull'onda delle parole d'ordine del governo clinico? Sebbene la Convenzione nazionale per la medicina generale preveda esplicitamente un compenso per la diffusione di pratiche di governo clinico a livello territoriale, l'applicazione dell'incentivo nelle realtà locali è avvenuta in modo piuttosto difforme e talvolta lontano dallo spirito originario di clinical governance.

Per monitorare le patologie croniche e valutare con continuità la qualità di cure offerte servirebbe una sorta di audit permanente che non richieda altre procedure rispetto alla normale routine dell'ambulatorio e che restituisca ai

partecipanti report clinici idonei ad introdurre i necessari cambiamenti organizzativi o clinici per assicurare il miglioramento continuo dell'assistenza. A tali esigenze risponde l'esperienza di Governo Clinico della rete UNIRE, promossa dalle sezioni Simg e Fimmg della provincia di Brescia.

“

Obiettivo: monitorare le patologie croniche e valutare la qualità delle cure offerte per migliorare clinica e organizzazione

I PRIMI PASSI

Il progetto di Governo Clinico (da ora G.C.) dell'Asl di Brescia nasce ufficialmente alla fine del 2005 con una delibera Aziendale, frutto della collaborazione con la Simg (Società Italiana di Medicina Generale, coordinatore dottor Gerardo Medea), dopo la fase "pilota" del biennio precedente. Gli obiettivi generali dell'iniziativa erano così enunciati:

- promuovere la qualità dei servizi erogati dalle Cure Primarie per
- migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi sanitari rivolti agli assistiti affetti da una o più patologie croniche
- verificando gli obiettivi raggiunti attraverso il monitoraggio di indicatori di processo ed esito, in un processo di audit clinico continuo.

Se l'atto ufficiale di nascita del progetto si colloca alla metà del primo de-



cennio del secolo le sue radici vanno rintracciate nella sperimentazione sul disease management del diabete, svoltasi negli ultimi anni del '900, e nella successiva elaborazione, diffusione ed implementazione dei PDTA del diabete ed ipertensione.

Attorno al progetto si è aggregata in modo spontaneo e per certi versi non intenzionale una Comunità di Pratica (CdP) dai caratteri misti, sia virtuale e a distanza sia con momenti di interazione in presenza, che è cresciuta via via negli anni fino ad aggregare la maggioranza dei mmg dell'Asl provinciale di Brescia

IL VALORE DELLA RETE

La rete rappresenta il riuscito tentativo di aggregare la CdP dispersa e spesso disorientata dei mmg attorno ad alcuni obiettivi professionali ed assistenziali qualificanti. Il progetto presuppone alcuni strumenti pratici:

- un programma informatico per la gestione dell'archivio clinico (MilleWin, ma possono aderire anche gli utilizzatori di altri software gestionali);
- i medesimi riferimenti di buona pratica clinica (i PDTA promossi dalla Asl di Brescia, rivolti alla gestione condivisa di diabete mellito, ipertensione e rischio cardio-cerebro vascolare, scompenso cardiaco, BPCO);
- la connessione Internet e l'iscrizione alla lista di discussione creata ad hoc

“
 Descrivere
 ciò che è misurabile
 in MG
 per evidenziare
 le criticità
 e programmare
 la formazione
 specifica

per supportare il governo clinico (Millewin-reteUnireAsl02Brescia, gestita dal server Yahoo);

- i principi culturali di fondo della SIMG, promotrice dell'iniziativa (la costante autovalutazione professionale per la promozione della qualità).

Un progetto che tenta di descrivere tutto ciò che è misurabile in MG, ha anche lo scopo di evidenziare aree di criticità e di programmare una formazione specifica nell'ottica di un miglioramento continuo dell'assistenza, nonché strumento contrattuale e di discussione con il committente, considerato il “debito informativo” che la Medicina Generale è chiamata a colmare.

Una “rete virtuale” di Medici di Medicina Generale (MMG), che lavorano in modo omogeneo (attraverso l'applicazione dei PDTA condivisi) e soprattutto con una stessa cartella clinica elettro-

nica strutturata per problemi, è lo strumento più idoneo per rispondere a quest'esigenza oramai inderogabile.

La registrazione organica dei dati richiesti e l'estrapolazione degli stessi con strumenti informatici permette di raggiungere in tempi ragionevoli e con sufficiente precisione questi obiettivi. Le modalità d'estrazione e gestione dei dati (nel rispetto della massima privacy) sono completamente automatizzate e permettono la raccolta delle informazioni anche in tempo quasi reale.

L'attuazione di un simile progetto, nato dal “cuore pulsante” della Medicina Generale sta portando a migliorare la quantità e la qualità dei dati ma anche dei risultati di salute registrati nelle cartelle cliniche dei MMG (pressione arteriosa, colesterolo, BMI, emoglobina glicata ecc.).

VALUTARE LA QUALITÀ

Nella rete UNIRE, il processo di valutazione di qualità prevede quattro tappe di un processo circolare continuo, di tipo cibernetico.

Nella prima tappa, al singolo medico di medicina generale viene richiesta la presa in carico globale per la gestione dei pazienti secondo le linee guida e il PDTA elaborato e condiviso con gli altri attori della rete assistenziale (specialisti ospedalieri e territoriali). In pratica si tratta di inserire i dati nella scheda elettronica di ogni assistito, come di rou-

I numeri della rete UNIRE

I dati relativi al contesto organizzativo ed epidemiologico sono i seguenti:

- Asl provinciale di BS: 915000 abitanti
- mmg in attività: 706
- Medici iscritti alla ML UNIRE: 450 circa
- Inizio invio dati: marzo 2005
- Ritorni informativi trasmessi: 2 report a trimestre nel 2006 e nel 2007, 3 annui nel 2008, 2009 e 2010 □
- Tipologia dei ritorni informativi: report individuali su diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, RCCV, fibrillazione atriale e BPCO

Il trend di adesioni al G.C. è passato in pochi anni da poche decine ad oltre la

metà dei medici operanti nella provincia di Brescia e il 60% della popolazione assistita:

2005 - Report gennaio 2006 su ipertensione e diabete: 25 MMG, 35578 assistiti

2006 - Report gennaio 2007 su ipertensione e diabete: 73 MMG, 109145 assistiti

2007 - Report gennaio 2008 su ipertensione e diabete: 296 MMG, 423413 assistiti

2008 - Report gennaio 2009 su ipertensione, RCCV e diabete: 372 MMG, 562890 assistiti

2009 - Report gennaio 2010 su ipertensione, RCCV, scompenso cardiaco, Fibrillazione Atriale, BPCO e diabete:

399 MMG, 599.974 assistiti pari al 59,9% della popolazione dell'ASL

I dati raccolti nell'arco del quinquennio 2006-2010 hanno documentato un progressivo miglioramento di tutti gli indicatori epidemiologici, di processo ed esito compresi nei report, dimostrato l'efficacia del progetto a livello individuale, di gruppo e di sanità pubblica (<http://spazioinwind.libero.it/reteunire/>, www.aslbrescia.it). Sono in corso le elaborazioni statistiche per valutare l'impatto del G.C. sugli esiti di salute e sul consumo di risorse, desunti dal confronto tra il gruppo di aderenti al G.C. e i medici che non hanno partecipato al sistema di valutazione della qualità.

Road map formativa per l'attivazione e diffusione del Governo Clinico

Fase 1 (durata 3-4 mesi): formazione. Formazione pratica in piccoli gruppi (due serate dedicate alla dimostrazione delle procedure informatiche) per uniformare le modalità di inserimento dei dati, la codifica di informazioni e l'allineamento degli archivi tra tutti i partecipanti. Senza questa fase è impossibile garantire l'omogeneità della codifica e della registrazione delle informazioni.

Fase 2 (durata 4-6 mesi): allineamento archivi. Dopo la fase formativa il MMG durante la normale attività assistenziale inizia l'inserimento progressivo dei dati di processo e di esito relativi al monitoraggio dei pazienti cronici, come previsto dai relativi PDTA locali, precedentemente implementati. In questa fase si realizza il fondamentale allineamento degli archivi rispetto alle codi-

fiche stabilite dal gruppo di coordinamento, senza il quale le informazioni estratte successivamente non sarebbero affidabili e confrontabili tra i partecipanti al Governo Clinico.

Fase 3 (durata 2-3 mesi): prima estrazione e ritorno informativo. Invio della prima query informatica per la prima estrazione dei dati e successiva restituzione degli stessi. Il relativo report (di gruppo e individuale) costituisce il primo feed-back informativo che offre ai partecipanti l'occasione di effettuare il cosiddetto benchmarking interno ed esterno al gruppo. Consiste in un confronto sistematico tra le proprie performance con quelle del gruppo di pari, gli standard predefiniti e, nelle fasi successive, con le performance precedenti del singolo professionista.

tine. La seconda tappa prevede la distribuzione di una query (interrogazione informatica in linguaggio SQL diffusa attraverso la lista di discussione collegata al progetto) che permette al medico di estrarre dal proprio archivio i dati relativi al monitoraggio delle condizioni di salute e del rischio di malattia dei propri assistiti. Il medico, sempre tramite posta elettronica, invia ogni trimestre al centro di elaborazione, in forma anonima e criptata, il file contenente i dati raccolti.

Dopo alcune settimane – come terza tappa – il centro di elaborazione restituisce i dati a ogni medico in forma di report collettivo e personalizzato. A questo punto ogni partecipante al progetto di governo clinico è nelle condizioni di auto-valutare le proprie performance in rapporto agli indicatori di qualità e agli standard di processo o esito previsti dal Pdt. Nella quarta e ultima tappa possono presentarsi due eventualità. Se il medico verifica carenze rispetto agli standard prefissati, può porvi rimedio e migliorare la propria qualità professionale. Con le successive estrazioni sarà poi in grado di verificare l'esito delle contromisure adottate. Se invece gli obiettivi previsti dal governo clinico sono stati raggiunti, il medico dovrà semplicemente mantenere gli standard di buona pratica clinica.

L'impostazione dell'esperienza di G.C. della rete UNIRE deriva dal modello della comunità di pratica e della forma-

“
Ogni medico riceve
un report collettivo
e personalizzato
con il quale
può auto-valutare
le proprie
performance
in rapporto
agli indicatori

zione sul campo. Il processo di verifica della qualità è comunque accessibile a tutti, a patto di osservare alcuni semplici criteri nella gestione degli indicatori clinici previsti nei PDTA necessari a elaborare i report individuali e collettivi. A differenza dei report tradizionali a pre-

minente contenuto economico, quelli di governo clinico consentono di correlare i dati epidemiologici (prevalenza di patologie croniche), gli indicatori di processo (parametri biochimici e clinici), i consumi farmaceutici e gli indicatori di esito (eventi cardiovascolari, ricoveri etc..).

Con un investimento capillare in attività di formazione autogestita e un piccolo incentivo economico deliberato dalla ASL provinciale (pari a un euro/anno a paziente per l'invio di otto report a cadenza trimestrale, nel corso del 2007), la rete UNIRE è diventata una realtà di massa. Grazie agli indicatori di processo ed esito dei report individuali il MMG può verificare la qualità del proprio lavoro ed introdurre gli opportuni aggiustamenti in funzione delle criticità evidenziate.

BIBLIOGRAFIA MINIMA

- AA VV, "Promuovere e sviluppare Comunità di Pratica e di Apprendimento nelle Organizzazioni Sanitarie - Nuove prospettive per la Formazione Continua in Sanità", Atti del Convegno di Torino, 29-30 ottobre 2009
- Wenger E. (2000), "Comunità di pratica e sistemi sociali di apprendimento", Studi Organizzativi, 1: pp. 11-34.
- Medea G et al., Audit e miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente diabetico: primi risultati del Progetto Governo Clinico ASL di Brescia - Rete UNIRE SIMG, MeDia, 2008; 1.
- Medea G et al., Indicatori di qualità e qualità dell'assistenza ai diabetici in medicina generale, SIMG 2003; 4-5; 10-15.
- Belleri G., La rete UNIRE alla prova del Governo Clinico, Occhio Clinico, marzo 2008

GALENO

Cent'anni con Galeno

Un'assistenza sanitaria a vita

Galeno riesce a gestire la spesa sanitaria nel campo dell'assistenza e a migliorare continuamente le prestazioni offerte senza toccare i portafogli dei soci.

di Angelo Sabani

Le garanzie offerte da Galeno risultano di gran lunga le più convenienti nell'integrazione dell'assistenza sanitaria.

Gli Italiani investono sempre più su forme di copertura privata da affiancare al Welfare State, a causa di lunghe liste d'attesa e del l'urgenza percepita per alcune prestazioni sanitarie. Il quadro è aggravato dalla differenza

tra il finanziamento statale della Sanità e la spesa effettiva, che è destinata a diventare una "voragine" di dieci miliardi di euro, che le Regioni saranno costrette a colmare con tagli ai servizi sanitari. Gli Italiani già oggi pagano di tasca propria molte prestazioni sanitarie; tutto ciò, in aggiunta al trend di invecchiamento della popolazione, spinge le Compagnie assicurative, gli isti-

tuti di previdenza e le casse di assistenza a offrire una copertura sanitaria integrativa al Ssn. Tutte le iniziative in tal senso, incontrano fatalmente difficoltà nei confronti degli assicuratori che forniscono questo tipo di prestazioni. Grosse compagnie assicurative sono state costrette, a causa delle forti perdite subite, a disdire polizze sanitarie e i gruppi subentranti, si trovano costretti ad inasprire le condizioni contrattuali o a innalzare il premio assicurativo.

Esiste, però, una soluzione alternativa in assoluta controtendenza con l'andamento del mercato. La Cassa Mutua Cooperativa Galeno ha trovato con successo una via indipendente specializzata per la tutela globale del medico e della sua famiglia, nel campo dell'assistenza e della previdenza.

GALENO: LA NOSTRA SANITARIA

I motivi del nostro successo

L'andamento positivo della garanzia sanitaria ha sempre determinato un saldo positivo, destinato alla previdenza dei soci stessi.

Il motivo del successo è nella struttura della Cassa, costituita nel 1992 e riservata agli iscritti agli Ordini dei Medici: gli iscritti seguono uno spirito virtuosamente mutualistico e mai speculativo, perché sono soci e non clienti. Inoltre, l'assistenza viene gestita con equilibrio, attraverso un tariffario continuamente revisionato "da medici per i medici", che regola tutti i rimborsi.

Galeno offre una copertura completa: spese sanitarie senza limiti di età grazie al Piano Cent'anni, tutela per l'invalidità e la premorienza, sia da infortunio che da malattia, e protezione dalla perdita dell'autosufficienza.



Il tariffario Galeno

Equità dei rimborsi Galeno

Galeno adotta un Tariffario continuamente aggiornato, che gestisce sia il rimborso al socio o al suo familiare di tutte le spese sostenute a seguito di un ricovero, sia il risarcimento delle spese affrontate per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, prima e dopo il ricovero stesso. Inoltre, se il ricovero avviene in ambito del Ssn. Galeno indennizza con una diaria sostitutiva di 200 Euro giornalieri, fino ad un massimo di 180 giorni.

Ma non è finita; La Cassa copre anche le prestazioni extraricovero relative alla diagnostica per immagini e alle cure oncologiche domiciliari con una speciale attenzione alla prevenzione.

Enpam: una legislatura di scelte

di Alberto Oliveti

Abbiamo appena presentato il bilancio di previsione dell'Enpam per il 2011. Un bilancio solido, saldo, che dimostra come ogni euro versato in Enpam oggi rende molto più di quelli versati in altre casse.

Eppure credo che non ci si possa accontentare, che non si possano ignorare i problemi che abbiamo di fronte, perché parlare di previdenza vuol dire parlare del futuro e per farlo seriamente occorre saper guardare i segnali di oggi, per intervenire dove è necessario.

E un segnale, piccolo, questo ultimo bilancio lo dà: l'avanzo economico previsto per il 2011 è più basso di quello che abbiamo avuto nel 2010. Non si tratta di creare allarme, parliamo comunque di oltre 867 milioni di euro, ma di impostare da subito una corretta strategia.

I PROBLEMI CHE ABBIAMO DAVANTI

Gli elementi che creano criticità nella gestione della nostra previdenza sono riassumibili in cinque punti: la longevità crescente, la recessione economica, la volatilità delle scelte politi-

che, l'aumento dei pensionati, i flussi contributivi.

La longevità crescente, come è chiaro a tutti, non è un problema, ma piuttosto una buona notizia. Diventa però un problema per il sistema previdenziale quando l'allungarsi della speranza di vita non corrisponde all'allungarsi del periodo contributivo. Uso, per meglio spiegarmi, una semplice immagine, quella di un elastico di due colori: tendendo l'elastico, ambedue le parti si estendono. Così dovrebbe accadere perché il sistema rimanga in equilibrio, una eguale crescita dell'età attiva e dell'età pensionabile. Ma noi dobbiamo piuttosto registrare un andamento inverso, visto che si entra sempre più tardi nella professione, quanto meno in forma "piena".

Della recessione economica non parlerò se non per ricordare che incide tre volte sui nostri fondi: riduce la redditività del patrimonio, riduce il guadagno professionale, riduce il potere d'acquisto delle pensioni.

Anche sulla volatilità delle scelte politiche non mi dilungo, perché immagino che conosciate tutti la situazione che l'Enpam denuncia da tempo, ovvero la doppia tassazione del nostro

patrimonio immobiliare, valutato alla stregua di quello di un'impresa speculativa. Non riceviamo risposte su questo, ma in compenso ad ogni legge Finanziaria ci si chiede di garantire una copertura più lunga, passando da quindici a trenta e, in proiezione, a cinquanta anni.

Dell'aumento del numero dei pensionati abbiamo già parlato più volte. Ricordo solo che tra il 2015 e il 2025 saranno 40mila gli iscritti al Fondo MG che andranno in pensione.

Infine c'è il problema dei flussi contributivi. L'elusione fiscale, lo sviluppo delle forme societarie e il cambiamento dei profili sanitari sono tutti elementi che riducono i flussi contributivi individuali. E invece dovremmo farli crescere anche attraverso lo sviluppo della contribuzione integrativa volontaria a Fondosantità, che è a tutti gli effetti un Fondo Enpam.

LE STRATEGIE PER INTERVENIRE

Gli interventi strategici che possiamo mettere in campo vanno in due direzioni: dobbiamo intervenire sul saldo previdenziale, ovvero sul rapporto tra contributi e pensioni, e sul saldo non previdenziale, ovvero essenzialmente sulle nostre rendite patrimoniali.

Sul fronte previdenziale credo che si debba soprattutto sviluppare una coscienza previdenziale, che riguardi tutti coloro che partecipano a questo patto generazionale. Conoscere, fin da giovani, il valore della previdenza per poter fare scelte giuste e tempestive. Sapere, da adulti, cosa ci si deve aspettare al momento della pensione. La Busta Arancione (v.box) è un primo

“

*La sfida:
erogare prestazioni
adeguate e sostenibili
al minor costo
contributivo mettendo
efficacemente a
reddito il patrimonio*

passo in questa direzione e mi auguro che si riveli uno strumento utile per tutti.

Qualcuno ci consiglia anche di abbandonare il metodo retributivo (mese per mese determino la pensione di domani), passando al metodo contributivo (la pensione si determina al momento di uscire dall'attività sulla base delle aspettative di vita residua). È un tema complesso, sul quale tornerò in un altro intervento. Sinteticamente dico solo che vorrei che rimanessimo nel metodo retributivo, sia pure rivedendo alcuni parametri. Sul fronte della gestione del patrimonio, l'impegno è a sviluppare al massimo la sua redditività, ma in equilibrio con la rischiosità, sia per la parte finanziaria che per quella immobiliare.

Alcuni passi sono già stati compiuti, ad esempio sospendendo la gestione esterna del patrimonio immobiliare e assegnando una funzione di service a Enpam Real Estate. Ma dobbiamo fare ancora di più per garantire a tutti gli iscritti un sistema equo, solidale e affidabile.

ENPAM – PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2011

Risorse disponibili	€ 1.805.710.000
Avanzo economico presunto esercizio 2010	€ 952.732.050
Vendita di fabbricati	€ 181.458.000
Scadenza o vendita di titoli	€ 177.131.400
Cessione e realizzo di partecipazioni	€ 2.000.000
Riscossione di mutui e prestiti	€ 4.461.000
Quote ammortamento esercizio 2009	€ 1.236.632
Risorse non spese su contratti in corso	€ 3.308.069
Maggiori risorse e risorse non investite nei precedenti esercizi	€ 483.382.849
Risorse da destinare a investimenti patrimoniali	€ 1.804.200.000
Acquisto e ristrutturazioni di immobili	€ 40.200.000
Acquisto di partecipazioni in Società e Fondi immobiliari	€ 1.000.000.000
Investimenti mobiliari (acquisto di titoli)	€ 654.000.000
Acquisto di partecipazioni in Società di "private equity"	€ 100.000.000
Concessione mutui e prestiti	€ 10.000.000

Fonte: Enpam, Bilancio di previsione 2011

Enpam: una busta arancione per conoscere la propria pensione futura

Un progetto ispirato alla previdenza svedese, utilizzato per la prima volta in Italia. Secondo Alberto Olivetti, vicepresidente Enpam, servirà a "favorire la crescita della coscienza previdenziale e a rendere sempre più trasparente e solido il rapporto fra gli iscritti e l'Ente".

In Svezia si usa da molto tempo: una volta all'anno i cittadini ricevono una busta di colore arancione che contiene un riepilogo dei contributi versati e la stima della loro pensione. Un modo efficace e trasparente per rendere tutti consapevoli di quello che stanno accantonando e di cosa potranno ricavarne.

L'Ente previdenziale dei medici e dei dentisti ha ora reso disponibile una "busta arancione" virtuale, consultabile da ogni iscritto all'Enpam via

internet (<http://www.enpam.it/bustaarancione>) e anche nelle speciali postazioni installate presso gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Ogni professionista potrà così conoscere la propria attuale condizione previdenziale e anche valutare la convenienza di attivare forme di contribuzione volontaria.

Per ipotizzare un aumento della propria pensione, infatti, è possibile simulare (a seconda dei Fondi a cui il medico o l'odontoiatra è iscritto) il costo e il beneficio del riscatto di allineamento, del riscatto degli studi universitari, del riscatto del periodo precontributivo e del servizio militare o civile o dell'opzione per l'aliquota modulare.

"La Busta Arancione – ha commen-

tato Alberto Olivetti, vicepresidente vicario dell'Enpam – vuol favorire la maggiore crescita della coscienza previdenziale di ognuno oltre, evidentemente, a rendere sempre più trasparente e solido il rapporto fra gli iscritti ed il proprio Ente previdenziale".



Enpam e Borsa di studio: l'opzione del 2% è legge

Si è conclusa come da noi fortemente sperato la vicenda che riguarda la quota B dell'Enpam e la Borsa di studio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale: i Ministeri competenti, infatti, il 4 novembre scorso, hanno dato parere positivo all'istanza presentata dall'Enpam su esplicita richiesta di Fimmg Formazione.

Ricordiamo brevemente da dove si è partiti per arrivare all'importante risultato di oggi. Già dal 2004 il reddito derivante dalla Borsa di studio percepita per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è assoggettato alla quota B Enpam; il 27 Gennaio 2010 il Coordinamento nazionale di Fimmg Formazione ha richiesto all'Enpam che tale reddito potesse essere assoggettato, a discrezione del singolo

medico, ad aliquota ridotta al 2% anziché al 12,5% con possibilità di riscatto di riallineamento, ovviamente facoltativo, in un prossimo futuro. Si trattava, in altre parole, di inserire la Borsa di studio tra le eccezioni di cui all'art.4 comma 1 del regolamento Enpam allo scopo di non gravare eccessivamente sulla già vergognosa Borsa di studio percepita.

La delibera del CdA Enpam n°12 del 5 marzo 2010 ha accolto favorevolmente la richiesta di Fimmg Formazione e ha presentato domanda ai Ministeri competenti, ai quali spettava l'ultima parola. Questi, dopo aver avuto rassicurazione della irrilevante riduzione di entrate che l'Enpam avrebbe subito, hanno dato il via libera all'applicazione della nuova norma. Cosa cambia adesso? I medici in for-

mazione potranno dal 2011 optare per la contribuzione ridotta al 2% e pagare tale aliquota sull'ammontare della quota B dichiarata. In altre parole, i medici in formazione beneficeranno dello stesso trattamento riservato ai medici di medicina generale ottenendo in questo modo ben tre vantaggi: il primo, semplice da intuire, è la libertà di contribuzione ridotta, consapevoli però del fatto che il versamento al 2% oltre ad essere esiguo in termini assoluti ha anche un bassissimo rendimento per la futura pensione. Il secondo è un maggiore consolidamento del rapporto tra la formazione e l'Enpam, da non sottovalutare considerando che gli specializzandi versano un contributo del 17% all'Inps e di fatto perdono una grande fetta di massa contributiva per la loro pensione. Il terzo, forse più sottile, è un avvicinamento, seppur in termini solo previdenziali ma comunque di carattere normativo, alle altre figure della Medicina Generale e questo può essere un primo, piccolo passo verso un assetto organizzativo delle cure primarie in cui potrà essere integrato anche il medico in formazione.

A cura dell'Esecutivo nazionale di Fimmg Formazione

IN RICORDO DI CICCIO GERACI

Il 16 novembre scorso si è spento Francesco Geraci. È difficile riuscire a trovare le parole per poter onorare la memoria di un uomo che per tutti noi medici ha significato moltissimo: sul piano umano, professionale, sindacale, ordinistico. I medici agrigentini hanno avuto la fortuna di aver avuto per tanti anni, più di cinquanta, un grande riferimento, un baluardo per la nostra categoria, un difensore dei nostri diritti. In particolare i medici di medicina generale hanno avuto la possibilità di grandi rivendicazioni sindacali grazie a chi, come lui, ha anteposto ad ogni interesse, ad ogni esigenza, il Sindacato e cioè la Fimmg, che aveva contribuito a fondare. Ha trascorso la sua vita a difendere

la categoria, a dare impulso e significato ad una professione spesso attaccata e sicuramente maltrattata, riuscendo a stimolare orgoglio e amor proprio verso la professione in tutti noi.

Memorabili i suoi discorsi, i suoi interventi, ricchi di citazioni, di riferimenti, da uomo colto quale era, quasi delle arringhe, nel difendere la Categoria. Proverbiale la sua ironia, con la quale riusciva a superare ed a farci superare anche momenti difficili.

La sua voglia di vivere, di lottare per i medici, riuscivano a dargli un grande vigore, una carica emotiva tale da essere un trasciatore, personaggio veramente unico, anche se tutto questo spesso comportava un



sacrificio nei confronti della famiglia.

Dopo essere andato in pensione, con suo grande sconforto e rammarico, dal servizio professionale attivo, aveva trovato il modo per essere sempre aggressivo e

difensore dei medici: iniziava la sua carriera di "scrittore". Con arguzia, talento, sagacia, metteva alla berlina fatti e personaggi che faceva rivivere nei suoi libri, nei suoi aneddoti.

Ci sarebbe tanto ancora da dire e da raccontare su di lui, ma ognuno lo ricordi come meglio può, rispettandone la memoria.

Grazie Presidente, arrivederci Ciccio....

Giovanni Vento
segretario provinciale
Fimmg Agrigento

Il punto di vista del medico di medicina generale

Iperuricemia: una condizione clinica da riconsiderare

di Emilio Montaldo

La gotta è una situazione morbosa conosciuta fin dall'antichità: già Ippocrate di Coa o Kos (Coa, 460 a.C. circa – Larissa, 377 a.C.) aveva fatto le sue osservazioni su questa malattia, e aveva tratto delle conclusioni valide ancora oggi:

- gli eunuchi non ammalano di gotta;
- la donna fertile non ammalata di gotta;
- il maschio giovane non ammalata di gotta.

Ippocrate aveva dunque intuito le correlazioni tra gotta e ormoni sessuali e anticipato ciò che le statistiche odierne attestano: è un'alterazione metabolica che colpisce spesso uomini, dall'età media a quella senile. Il sesso femminile rappresenta dal 5 al 17% di tutti i pazienti gottosi. La donna che ammalata di gotta è tipicamente in menopausa, ipertesa, con lieve insufficienza renale, in trattamento con diuretici.

Le pochissime giovani donne che ammalano di gotta sono in genere quelle affette da insufficienza renale, con una diminuita clearance renale dell'acido urico.

I primati, ed in particolare l'uomo, non possedendo l'urato ossidasi (sinonimo: uricasi), un enzima che appartiene alla classe delle ossidoreduttasi, attivo nel catabolismo delle purine, che catalizza l'ossidazione dell'acido urico a 5-idrossiurato, sono costretti ad eliminare gli acidi urici in eccesso attraverso l'emuntorio renale.

La ridotta eliminazione o l'aumento di produzione, come poi vedremo, dell'acido urico,

portano ad una condizione di iperuricemia che è il *primum movens* di tutte quelle alterazioni che portano poi alla deposizione dell'urato monosodico, creando i presupposti per l'instaurarsi della malattia gottosa.

CLINICA

La storia naturale della gotta passa attraverso quattro fasi cliniche:

- 1) iperuricemia asintomatica;
- 2) artrite acuta gottosa;
- 3) gotta intercritica;
- 4) gotta cronica tofacea.

1) Iperuricemia asintomatica

Condizione che può durare tutta la vita senza sfociare nella gotta. Può essere primitiva o secondaria.

Forma primitiva

Molto rara, dovuta a deficit enzimatici: nei giovani maschi può insorgere molto precocemente, nelle donne insorge tardi, spesso dopo la menopausa.

Forme secondarie

Da eccessiva produzione:

- aumentato turnover degli acidi nucleici: disordini linfo/mieloproliferativi, emolisi, psoriasi, obesità;

- aumentato catabolismo di nucleotidi purinici: ipossia tissutale, alcol, agenti citotossici, glicogenosi di tipo III, V, VI;
- aumentata ingestione di purine.

Da ridotta escrezione renale di Acido Urico:

- malattie renali: IRC, nefropatia da piombo, ipertensione;
- anomalie metaboliche: digiuno, chetosi, disidratazione, aumento acido lattico, chetoacidosi, sindrome metabolica, eclampsia, glicogenosi di tipo I;
- iperparatiroidismo, ipotiroidismo, diabete insipido;
- farmaci: diuretici (in particolare i tiazidici), salicilati, etanolo, etambutolo, acido nicotinico, levodopa;
- sarcoidosi, berilliosi, sindrome di Down.

Approccio diagnostico

- Anamnesi: età, sesso, alimentazione, potus, altre patologie, farmaci, sintomi articolari;
- Obiettività: BMI, pressione, articolazioni, cute, linfonodi, epatosplenica
- Laboratorio: esame urine, proteinuria 24h, azotemia, creatinina, glicemia, HbA1c, ev. OGTT, profilo lipidico, emocromo + f e PP, uricemia; di grande importanza diagnostica, l'uricuria delle 24 h in condizioni basali, dopo tre giorni di dieta ipopurinica, ci consente di classificare:
 - o normoescretori (300/600 mg/die)
 - o ipoescretori (<300 mg/die)
 - o iperescretori (>600 mg/die).

GOTTA:
un gruppo eterogeneo di quadri clinici caratterizzato dalla deposizione intra articolare e/o tendinea di cristalli di urato monosodico

2) Artrite acuta gottosa

La sua frequenza è strettamente correlata ai valori di uricemia negli anni precedenti: l'incidenza cumulativa quinquennale, in uno studio durato 15 anni, dava valori del 2% nei soggetti con uricemia < 8 mg/dl, del 19,8% con uricemia di 9-10 mg/dl e del 30% con uricemia > 10 mg/dl. (A J Med 1987;82:421-6).

Altri fattori indipendenti di rischio: alcol (specie occasionale), diuretici e aumento BMI.

La prevalenza, in Italia, è dello 0.2/0.4% (1/10 dell'iperuricemia).

Diagnosi

Segni clinici classici: dolor, tumor, rubor, calor e functio lesa, che, spesso nelle prime ore del mattino, interessa, nella maggior parte dei casi, l'articolazione metatarso falangea del 1° dito di un maschio adulto di età media, obeso e iperteso.

Fattori scatenanti: farmaci, abusi alimentari e libagioni, traumi, stress fisici, cure termali, chirurgia, Roentgen-terapia.

Criterio patognomico: l'uso della colchicina risolve drammaticamente la crisi.

Diagnosi di certezza: artrocentesi con osservazione in luce polarizzata dei cristalli di urato monosodico

3) Gotta intercritica

Sono gli intervalli di tempo tra un attacco e l'altro che, almeno inizialmente, si risolvono con restitutio ad integrum. Da principio l'interessamento è monoarticolare, di seguito vengono

spesso coinvolte altre articolazioni e con maggior gravità. Questo è il periodo nel quale bisogna intervenire: identificare le possibili cause della gotta e mettere in atto i provvedimenti per prevenire successivi episodi onde evitare l'evoluzione in gotta cronica tofacea.

4) Gotta cronica tofacea

Dovuta a iperuricemia di lunga durata senza trattamento ipouricemizzante, insorge in età relativamente giovane, uricemia >10mg/dl, predilezione per le mani, episodi articolari frequenti in più articolazioni.

I tofi si trovano specie su orecchio, olerano, dita mani e piedi, tendine di Achille. Sono di consistenza lapidea e grandi fino a come un'arancia.

Possono formarsi anche nei parenchimi degli organi, dando luogo a patologie anche gravi (nefropatia gottosa, cardiopatia gottosa).

TERAPIA

La terapia è diversa nelle varie fasi della malattia.

I FANS, riducendo la flogosi ed il dolore, sono efficaci nel trattamento della gotta acuta, sono generalmente utilizzati quelli a breve emivita come indometacina (25-50 mg tid), ibuprofene (800 mg tid), diclofenac (50 mg tid), ma anche altri FANS si sono dimostrati efficaci, così come gli inibitori selettivi delle COX-2 (etoricoxib 120 mg/die).

Anche i corticosteroidi sono efficaci: prednisone 50mg/die con riduzione progressiva in 5/7 gg.

La colchicina, al dosaggio di 0.6 mg x

os (un granulo) ripetuti ogni ora fino alla scomparsa dei sintomi, fino ad un massimo di 4 – 8 granuli (va in ogni caso immediatamente sospesa se compare diarrea, segno di tossicità gastrointestinale), rappresenta la terapia classica dell'attacco di gotta, efficace nell'85% dei casi se somministrata nelle fasi precoci.

La terapia ipouricemizzante si avvale da molti anni dell'allopurinolo, inibitore delle xantino-ossidasi, efficace alla dose di 150-300 mg al dì. Il più frequente effetto collaterale è rappresentato da rash cutaneo prevalentemente di tipo maculo-papulare, talora con febbre.

Recentemente è comparsa una nuova molecola ipouricemizzante: il febuxostat, inibitore selettivo non purifico delle xantino ossidasi, efficace alla dose di 80 mg/die. Dagli studi effettuati sembra più efficace dell'allopurinolo e con minori effetti collaterali. La prescrizione del febuxostat a carico del Ssn è limitata (nota 91 Aifa) alle seguenti condizioni: trattamento dell'iperuricemia cronica con anamnesi o presenza di tofi e/o di artrite gottosa in soggetti che non siano adeguatamente controllati con allopurinolo o siano ad esso intolleranti. Non vi sono controindicazioni particolari per questo farmaco, ma non ne è raccomandato l'uso nella cardiopatia ischemica e nello scompenso cardiaco congestizio.

Questo lavoro è stato presentato nel corso del 65° Congresso Fimmg-Metis

FASE DELLA MALATTIA	ASPETTATIVA	AZIONE DA INTRAPRENDERE
Iperuricemia asintomatica	Evitare sovra saturazione acido urico	Norme igieniche dietetiche Terapia ipouricemizzante solo se uricemia >10-13 mg/dl
Artrite acuta gottosa	Risolvere l'attacco	FANS – colchicina
Gotta intercritica	Prevenzione recidive	Eventuale terapia antinfiammatoria cronica
Gotta tofacea	Eliminazione tofi Correzione complicanze	Terapia ipouricemizzante Norme igieniche dietetiche Trattamento complicanze

Le abitudini alimentari degli italiani sotto gli occhi di Inhes

■ ■ Al via l'Osservatorio IHNES. Realizzato dai Laboratori di Ricerca dell'Università Cattolica di Campobasso con il contributo di Barilla indagherà il comportamento degli italiani a tavola

Il suo nome è INHES (Italian Nutrition & Health Survey) e sarà uno tra i più estesi osservatori epidemiologici sulla dieta e gli stili di vita della popolazione mai messo in piedi nel nostro Paese. Realizzato dai Laboratori di Ricerca dell'Università Cattolica di Campobasso con il contributo di Barilla, l'Osservatorio INHES monitorerà, attraverso indagine telefonica, un campione di 13 mila italiani di entrambi i sessi e con più di 6 anni di età. L'obiettivo è comprendere se e quanto gli stili di vita e le abitudini a tavola degli italiani siano coerenti con il Modello Alimentare Mediterraneo. Un modello le cui caratteristiche permettono di contrastare molti dei fattori di rischio che predispongono all'insorgenza delle principali patologie croniche e che per questo è stato recentemente riconosciuto dall'Unesco patrimonio immateriale dell'umanità. Il timore è che l'Italia perda il "vantaggio" garantito dalle sue tradizioni alimentari e, attraverso l'adesione a modelli diversi veda aumentare la diffusione di sovrappeso, obesità e malattie a essi correlati. I primi sintomi già sono evidenti: il 34,2 per cento degli italiani è in sovrappeso e il 9,8 per cento è francamente obeso. Un problema che non risparmia l'infanzia: anzi. Quasi 1 bambino su 3, tra i 6 e gli 11 anni (oltre 1,1 milioni), ha problemi legati all'indice di massa corporea e al giro vita. Non stupisce allora il fatto che si osservi anche un significativo aumento nell'incidenza di sindrome metabolica, patologie cardiovascolari e tumori. E che di pari passo crescano i costi a essi associati: si calcola che obesità e patologie correlate (in particolare, diabete e malattie cardiovascolari) gravino ogni anno per 22,8 miliardi di euro di soli costi diretti nel nostro Paese. Ecco allora che riscoprire una corretta alimentazione è vitale, non solo per l'individuo, ma anche per la sanità pubblica. "L'alimentazione ha un ruolo importantissimo nel preservare la salute delle persone. Se corretta, equilibrata e associata a uno stile di vita sano, essa ha un ben documentato effetto protet-

tivo nei confronti di importanti patologie del nostro tempo come diabete, obesità, ipertensione, malattie cardiovascolari e persino nei confronti di un gran numero di tumori", ha commentato Andrea Ghiselli, dirigente di ricerca e direttore del Programma Educazione e Comunicazione dell'Istituto Nazionale Ricerca Alimenti e Nutrizione (Inran). "Tuttavia, gli italiani, come altre popolazioni europee, si stanno sempre più allontanando dal tradizionale modello alimentare mediterraneo a favore di abitudini e scelte alimentari tipiche delle società occidentali che, insieme alla sedentarietà, sono responsabili di un sempre più marcato aumento di eccedenza ponderale. Siamo preoccupati soprattutto per i giovani, che seguendo modelli e mode poco equilibrati rischiano di disperdere in breve tempo quel bonus protettivo lasciato in eredità dai nonni", ha concluso. Proprio per verificare se questa deriva alimentare degli italiani sia realmente in atto nasce l'Osservatorio INHES. Un progetto, che "si differenzia da altre iniziative epidemiologiche del genere per il suo approccio scientifico, improntato alle regole della sperimentazione clinica per la numerosità del campione e per l'omogeneità della raccolta dei dati", ha illustrato Giovanni de Gaetano, direttore dei Laboratori di Ricerca Centro Giovanni Paolo II dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Campobasso. "La metodologia dello studio, dalla randomizzazione del campione all'analisi dei dati, è unificata a livello centrale, a differenza di altri studi che si caratterizzano per una metodologia multicentrica con tutta la variabilità che questa comporta. Un altro aspetto importante di INHES - ha aggiunto de Gaetano - è che il protocollo d'indagine è stato studiato in modo da inserire l'alimentazione in un quadro più generale di comportamenti e stili di vita". Nella lente dell'Osservatorio INHES, infatti, non vi è solo il cibo: è tutto lo stile di vita che viene studiato. Per questo motivo, durante l'intervista telefonica verrà chiesto non solo cosa e quando, ma

anche "come" si mangia, per acquisire elementi che gli studi scientifici più recenti dimostrano avere un peso considerevole nel rapporto tra alimentazione e salute. Inoltre, l'intervista rileverà anche altri aspetti non meno importanti: peso e altezza, attività fisica, durata e qualità del sonno, percezione della propria salute, abitudine al fumo, presenza di particolari condizioni come ipertensione o ipercolesterolemia. I ricercatori sperano che i dati dello studio smontino almeno in parte la percezione comune: "sappiamo che in Italia si sta abbandonando il Modello Alimentare Mediterraneo, specie nelle fasce di età più giovani - ha sostenuto de Gaetano - ma non sappiamo se questa è una tendenza per tutta la Penisola o soltanto per alcune aree specifiche". L'ampia estensione del campione permetterà a INHES di "fare il punto su dove sono gli italiani rispetto alla tradizione alimentare del loro Paese. Ciò contribuirà in modo significativo a individuare le leve giuste per interventi di salute pubblica finalizzati alla prevenzione e alla salute", ha concluso. Un progetto così complesso è stato possibile grazie al contributo di una delle principali aziende dell'industria alimentare italiana, Barilla, che ha nel modello alimentare mediterraneo uno dei suoi capisaldi: "Barilla vede l'alimentazione come un momento sociale e di condivisione", ha commentato Roberto Ciati, direttore delle Relazioni Scientifiche Esterne di Barilla. "Conoscere in modo preciso e scientificamente validato le abitudini alimentari degli italiani attraverso il progetto INHES è un passo coerente e fondamentale per disegnare la nostra offerta futura e, allo stesso tempo, un concreto esempio di collaborazione proattiva. Infatti, se da un lato la salute pubblica non potrà che avvantaggiarsi delle evidenze che emergeranno dall'Osservatorio INHES, dall'altro, Barilla potrà avvalersi di tali nuove conoscenze per continuare a sviluppare prodotti e processi sostenibili a beneficio della salute e del benessere delle persone", ha concluso. Il progetto prevede anche la realizzazione del sito internet www.inhes.org che fornirà tutte le informazioni sull'Osservatorio INHES e che aggiornerà costantemente sull'andamento dell'Osservatorio. Il sito è accessibile a tutti ma prevede un'area riservata alle 13.000 persone che parteciperanno all'indagine telefonica. I partecipanti al progetto - e solo loro - potranno compilare un questionario direttamente sul sito integrando così le informazioni di base fornite durante l'intervista telefonica. Ciò consentirà di ottenere un quadro più dettagliato sugli stili di vita degli italiani e su altri aspetti che possono avere un impatto sulle scelte alimentari, con particolare riferimento all'attività fisica e alla qualità del sonno.

Vaccinazioni: funziona l'obbligo ma non la comunicazione

■ ■ Ottimi risultati per le vaccinazioni della prima infanzia, insufficienti quelle, facoltative, da eseguire nel resto della vita. Ancora lontana dagli obiettivi la copertura della vaccinazione contro l'Hpv.

Vanno benissimo le vaccinazioni obbligatorie della prima infanzia, ma peggio quelle non obbligatorie consigliate nel resto della vita. È questo, in estrema sintesi, il quadro delle vaccinazioni in Italia. A guardarlo nei dettagli, tuttavia lo scenario è molto più articolato, e i numeri – tutto sommato – buoni nascondono tendenze che potrebbero mettere a rischio le conquiste ottenute negli ultimi decenni.

Come per tutte le malattie, anche per quelle contro cui sono attive campagne vaccinali, vale una regola: al diminuire della loro incidenza cala anche la percezione del rischio a esse associato. E quando crolla la percezione del pericolo comincia ad affievolirsi anche la consapevolezza dell'utilità della vaccinazione. Prende invece il sopravvento la paura dei rischi.

È questa una delle tendenze in atto in Italia dove decenni di vaccinazioni hanno quasi debellato diverse patologie infettive. Proprio questo successo, però, rischia di farci tornare indietro di anni. Soprattutto in una fase storica in cui l'obbligo vaccinale appare sempre più un retaggio del passato da sostituire con una scelta informata e consapevole affidata al paziente o, nel caso dei bambini, ai loro genitori.

Sono stati questi i temi principali affrontati nel corso del convegno La vaccinazione tra diritto e dovere. Quale comunicazione per facilitare la scelta? organizzato dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con l'associazione Donneinrete.

A leggere i dati delle coperture delle vac-

cinazioni da eseguire nel primo anno di vita, emerge con forza quanto l'obbligo vaccinale imposto quasi mezzo secolo fa si sia mostrato efficace. Più del 95 per cento dei bambini al di sotto di un anno di età riceve il vaccino per l'immunizzazione da poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B ed Haemophilus influenzae di tipo B. Al punto che queste patologie sono quasi scomparse dall'Italia.

“Quest'obbligo – ha spiegato Stefania Salmaso, direttore del Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Prevenzione della Salute dell'Iss – ha una sua ragione in un'Italia, quella degli anni '60, estremamente diversificata per cultura, condizioni economiche e sociali. In quell'Italia, l'obbligo ha consentito di offrire un servizio su tutto il territorio nazionale e per giunta gratuitamente. Ha permesso a tutti i neonati, dalla Sicilia alle Alpi, di godere dello stesso diritto alla salute”.

Tuttavia, quando dalle vaccinazioni obbligatorie si passa a quelle consigliate, lo scenario cambia.

È come se “la popolazione considerasse l'obbligo di vaccinazione come un 'marcatore' di importanza – ha aggiunto Salmaso – pertanto, se non c'è una legge allora la vaccinazione non è importante”. Infatti, il calo della copertura per le vaccinazioni offerte tra il primo e il secondo anno di età è evidente. Si sottopone a vaccinazione per morbillo, parotite e rosolia poco più dell'85 per cento dei bambini in questa fascia d'età. Sono “malattie che nella percezione comune sono banali”, ha precisato l'esperta dell'Iss. Mentre i rischi di complicità

non sono irrilevanti.

Se si cerca una tendenza generale nelle coperture vaccinali, ci si accorge che mediamente i tassi calano al crescere dell'età. Così, la mancata vaccinazione di larghe fasce della popolazione negli anni passati ha fatto degli adolescenti e dei giovani adulti le categorie che più sostengono le infezioni di morbillo, parotite e rosolia. Inoltre restano basse (intorno al 50 per cento) le vaccinazioni di richiamo per tetano e difterite.

Diverso il caso della vaccinazione contro il Papillomavirus umano. Secondo gli ultimi dati disponibili, ha completato il ciclo vaccinale con tre dosi di vaccino il 59 per cento delle ragazze della coorte del 1997 (l'obiettivo primario della vaccinazione). Ma permangono forti differenze regionali, con punte dell'80 per cento in Basilicata e coperture ancora basse (27 per cento) nella Provincia Autonoma di Bolzano.

In tal caso, però “si tratta di una nuova vaccinazione e non ci si aspetta che raggiunga immediatamente gli obiettivi”, ha commentato Salmaso. “Piuttosto – ha aggiunto – l'Hpv rappresenta un banco di prova per la sanità pubblica. Le forti differenze regionali, infatti, ci dicono che l'attività locale, la parte organizzativa, la comunicazione fanno la differenza”. Proprio la comunicazione è stato uno dei temi portanti del convegno. Il potenziale abbandono dell'obbligo vaccinale e la pluralità di fonti di informazione – prima tra tutte internet – con cui si confrontano i cittadini e gli operatori sanitari stanno mostrando con sempre maggiore forza la necessità di cambiare un modello comunicativo ormai inadatto ai tempi. “Svecchiare il modo di comunicare, adeguandolo al nuovo contesto, è un imperativo a cui nessuno di noi può sottrarsi”, ha osservato Rosaria Iardino, presidente Donneinrete Onlus. Un'opinione condivisa dallo stesso Iss: “A lungo – ha concluso Salmaso – gli operatori si sono avvantaggiati della presenza della legge che imponeva l'obbligo della vaccinazione senza investire su comunicazione e informazione. Oggi, invece, l'educazione sanitaria, il convincimento degli stessi operatori sanitari sono indispensabili per garantire coperture vaccinali accettabili”.

A.M.

*Versamento pleurico saccato***Non sempre si scoprono le cause...**

di Stefano Nobili*

IL CASO

La paziente è una donna di quarantadue anni, originaria dell'Africa settentrionale, che svolge l'attività di badante.

Anamnesi: soggetto sovrappeso (BMI 33), ipertesa da due anni in terapia con nifedipina 30mg rp e losartan 100mg, esiti di intervento per tunnel carpale dx, spondilo artrosi lombosacrale, dnid in terapia dietetica.

Durante un soggiorno nel suo paese di origine (Egitto), la paziente presentava dispnea, dolore toracico esacerbato dagli atti respiratori profondi e febbre elevata (40°). Era ricoverata in un ospedale locale, dove si riscontrava: GB 20000, glicemia 240, azotemia 100, creatinina 2, uricemia 10, leucocituria e presenza di numerose cellule epiteliali nelle urine, urinocoltura negativa. All'Rx torace riscontro di cardiomegalia e versamento pleurico bilaterale dx>sx. Autoanticorpi negativi. Veniva sottoposta a toracentesi con drenaggio di 1.500ml di liquido pleurico con aspetto verdastro denso sul quale erano eseguite indagini citologiche, che mostravano presenza di numerosissimi leucociti e indagini microbiologiche che escludevano la presenza di bacilli alcol-acido resistenti. La paziente era sottoposta a ossigenoterapia e terapia antibiotica con ceftriaxone 2g im + metronidazolo 500mg x 3 per os + ciprofloxacina 500mg x2 per os per 7gg, con lieve miglioramento della sintomatologia soggettiva e diminuzione della febbre nei giorni successivi.

La paziente si dimetteva spontaneamente e tornava in Italia.

Alcuni giorni dopo si recava dal suo medico curante per la ripresa della dispnea.

L'esame obiettivo in studio mostrava Pa 140-90, fc 120r, frequenza respiratoria 23atti/min, satO2 94%. Paziente sofferente, dispnoica, MV presente a sinistra con rumori umidi alla base, presente a dx fino a metà campo polmonare; ottusità plessica dx. Il medico di famiglia decideva per l'invio presso il PS ospedaliero, dove la paziente veniva ricoverata.

All'ingresso in ospedale Pa 150-90, fc 116r, FR 24atti/min, satO2 95%. Esami ematochimici: glicemia 222, AST 77, GB12000, Hb 9.8, PCR 8. ECG: tachicardia sinusale, fc 120r. RX torace: versamento pleurico dx esteso fino al campo medio con quadro di scissurite; addensamento tondeggianti di alcuni cm in sede parailare superiore dx. Aumento dimensioni cardiache. Ecocardiogramma mono-bidimensionale e color doppler: iniziale ipertrofia concentrica del ventricolo sx. Veniva posta in terapia con sulbactam-ampicillina 3g x2die e metronidazolo 100ml x3die ev.

Durante il ricovero la paziente si manteneva vigile, lucida, collaborante, eupnoica a riposo, non lieve ipertensione (38°) nei primi giorni di degenza poi sfebbrata durante tutto il ricovero durato 20gg. Obiettività: Pa 130-90, fc 110r, sat96%. Tc ritmici, pause apparentemente libere. Torace: MV assente alla base polmonare dx, crepitii al campo medio dx e basale sx. FVT aumentato in campo medio dx. Addome trattabile, globoso per adipe, non dolente alla palpazione superficiale e profonda, peristalsi presente. Arti inferiori: presenza di tumefazione al piede dx con ipertermia al tatto, dolorabilità alla palpazione dorsale e plantare.

Esami ematochimici durante il rico-

vero: Hb 9.7, sideremia 32, ferritina 22, cianocobalamina e folati nella norma; VES 70, PCR 7.8, ridotti a valori di norma dopo 10gg di terapia antibiotica con sulbactam/ampicillina e metronidazolo ev. Idem per le transaminasi, mosse all'inizio del ricovero e normalizzate con la risoluzione dello stato flogistico. Markers dell'epatite B e C negativi.

Alla TC del torace cmc si evidenziava la presenza di raccolta a contenuto liquido di verosimile significato flogistico, localizzata a dx con diametri trasversi massimi di 6.4x5.7cm ed estensione longitudinale di 9cm. Sempre a dx falda di versamento pleurico saccato in sede declive con spessore massimo di 3.5cm in sede paravertebrale. In sede mediastinica anteriore, posteriormente al corpo sternale è presente altra raccolta extra parenchimale di 2.6cm di larghezza ed estensione di 6cm. Quadro di ipodiafania di tipo congestizio. A sx falda di versamento pleurico con fenomeni disreattivi a carico dei segmenti polmonari contigui. Linfonodi ingranditi di significato reattivo in sede paratracheale e sottocarenale. Ingrandimento cardiaco specie delle cavità di sinistra senza evidenza di versamento pericardico.

Veniva posizionato da parte dei chirurghi toracici un drenaggio toracico dal quale fuoriusciva liquido ematico. Alla TC di controllo dopo 10gg dalla precedente si osservava la quasi scomparsa dei versamenti pleurici e del versamento saccato.

Le indagini svolte sul liquido pleurico e sul contenuto del drenaggio davano esito negativo, così come negativa la ricerca del BK. Positività per gli ANA, 1:160.

Collateralmente si segnalava tumefazione monolaterale al piede dx già presente al primo ricovero in Egitto con dolore alla mobilitazione attiva e passiva e impotenza funzionale specie alla dorsoflessione del piede. L'ecodoppler degli arti inferiori risultava negativo per lesioni trombotiche, così come negativa l'Rx del piede per lesioni ossee con presenza di sperone calcaneare. La terapia con diclofenac 100mg x os migliorava la sintomatologia. L'ecocardiogramma di controllo confermava l'ipertrofia concentrica del ventricolo sx con funzione contrat-

tile globale conservata (FE>60%). Si dimetteva la paziente con diagnosi di ascesso polmonare dx, ipertrofia concentrica del VS, DNID. Gli indici di funzionalità epatica, renale e flogosi erano nella norma. Obiettività alla dimissione: MV lievemente ridotto alla base dx, non presenza di rumori aggiunti, addome globoso, trattabile non dolente alla palpazione superficiale e profonda, non edemi declivi.

I medici raccomandavano una dieta povera in zuccheri.

Terapia alla dimissione: losartan/HCT 100/25mg, spironolattone 100mg, omeprazole 10mg, diltiazem 300mg, diclofenac 50mg per 15gg, bromazepam 10gt x2 die.

Alle successive visite di controllo la paziente era valutata in costante miglioramento e poteva riprendere nel giro di alcune settimane una moderata attività lavorativa.

COMMENTO

Il versamento pleurico è la presenza di eccesso di liquido nello spazio pleuri-

co (Manuale Merck). Si dividono in (1) versamenti trasudati per aumento della pressione micro vascolare o della riduzione della pressione oncotica e (2) versamenti essudati per pleurite. I versamenti pleurici possono essere ematici (emotorace o sangue nello spazio pleurico), lattiginosi (chilo torace), colesterolico (raro specie nella pleurite da TBC o nell'artrite reumatoide). Trasudati sono causati principalmente da insufficienza cardiaca, ipoalbuminemia, ascite, mixedema, post partum, iatrogeni. Essudati invece, per la maggior parte, nelle pleuriti, nei versamenti parapneumonici, embolia polmonare, secondarismi polmonari, linfomi, mesoteliomi, Lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, ascessi sottodiaframmatici, pancreatite acuta e pseudo cisti pancreatiche, post IMA o intervento cardochirurgico o post impianto di pacemaker, insufficienza renale cronica, farmaci, ecc.

L'eziologia del versamento rimane in generale indeterminata nel 20% dei casi. Nella nostra vicenda clinica c'è

anche da supporre che non sia stata trovata una causa batterica per l'utilizzo dell'associazione sulbactam/ampicillina e metronidazolo.

Da un punto di vista diagnostico la TC può identificare un ascesso polmonare, una polmonite o una neoplasia nascosta da un versamento polmonare saccato. Anche l'ecografia polmonare può rivestire importanza nell'identificazione di un versamento saccato che mostra una anecogenicità rispetto al polmone e alla parete toracica.

La terapia antibiotica dovrebbe comprendere le penicilline, le penicilline combinate con gli inibitori delle beta-lattamasi, metronidazolo e cefalosporine che hanno una buona penetrazione nello spazio pleurico (raccomandazione B delle linee guida 2010 sulle malattie pleuriche della British Thoracic Society – Thorax 2010;65 (Suppl 2):ii41eii53).

**Fimmg Milano,
stefanonobili@fimmg.org*

LE NEWS

Lancet pubblica la mappa mondiale dei "Big Killer"

In soli trent'anni i tassi di obesità nel mondo sono raddoppiati mentre, seppur di poco, sono scesi su scala globale i livelli di pressione arteriosa e quelli di colesterolo totale.

Sono questi i risultati di tre grandi studi pubblicati su *the Lancet* nei giorni scorsi e realizzati da un team di ricercatori internazionali coordinati dall'Imperial College London e dall'Harvard School of Public Health sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità.

"È la prima volta che qualcuno cerca di stimare i trend di questi che sono i principali fattori di rischio in ogni paese del mondo. La quantità di dati che abbiamo raccolto è senza precedenti per la vastità e ci ha consentito di giungere a conclusioni quanto mai robuste", ha commentato il coordinatore di uno dei tre studi, Goodarz Danaei dell'Harvard School of Public Health.

Il quadro che emerge dall'ampia ri-

cerca sfa una serie di luoghi comuni: innanzitutto che "il sovrappeso e l'obesità, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia non sono più problemi dell'Occidente o dei paesi ricchi.

La loro presenza si sta spostando nei paesi a medio e basso reddito, facendo di fatto diventare questi disturbi problemi globali", ha spiegato Majid Ezzati, coordinatore dello studio sull'obesità e docente alla School of Public Health dell'Imperial College London.

I dati sull'obesità mostrano infatti come ormai più di una persona adulta su dieci nel mondo sia oltre la soglia dell'obesità. In dettaglio, è obeso il 9,8 per cento degli uomini e il 13,8 per cento delle donne (nel 1980 erano rispettivamente il 4,8 e il 7,9 per cento), che tradotto in cifre significa circa 500 milioni di persone. Il discorso cambia se si considera l'ipertensione. È vero che il numero assoluto di persone con livelli di pressione non controllati è passato da 600 milioni nel 1980 a circa 1 mi-

liardo nel 2008, ma la crescita è dovuta all'aumento della popolazione globale e al suo invecchiamento.

Se i valori vengono opportunamente "pesati", emerge in realtà una riduzione generalizzata (con l'eccezione di Oceania e Africa Orientale) dei livelli di pressione sistolica arteriosa.

La discesa è più decisa nei paesi a più alto reddito: nel Nord America si è osservato un calo di 2,8 mm Hg per decennio nei maschi e di 2,3 nelle donne, ma anche l'Europa occidentale non è da meno: -2,1 mm Hg per decennio negli uomini e -3,5 nelle donne.

Analogo il caso del colesterolo: anche qui la riduzione è stata generalizzata ma sono i paesi ad alto e soprattutto a medio reddito quelli che più hanno saputo incidere sul controllo di questo fattore di rischio: l'Europa centro-orientale e l'Asia centrale, in particolare, hanno registrato riduzioni di 0,23 mmol/litro per decennio nei maschi e di 0,24 nelle femmine.

Una tesi specialistica dedicata alla diagnostica strumentale

L'ecografia di primo livello nello studio nel medico di medicina generale

di Paolo Giarrusso

Che le modalità organizzative delle cure primarie nei prossimi anni dovranno cambiare è oramai un dato acquisito, così come appare indispensabile che il medico di cure primarie oltre ad mantenere un privilegiato rapporto medico paziente dovrà avere delle competenze diagnostiche che non potranno più basarsi sulla sola semeiotica clinica ma che dovranno comprendere almeno competenze di primo livello di semeiotica strumentale (ECG, spirometria, kit diagnostici, ecografia, etc). Proprio per questo è davvero interessante la tesi di specializzazione, elaborata da Angelo Rossi e Annalisa Caruso, dedicata a Valutazione costo efficacia e prospettive di diffusione dell'ecografia di primo livello in medicina generale.

Gli Autori muovono da due presupposti: il primo è che "l'ecografia in Medicina Generale è caratterizzata dalla necessità di confermare o meno l'anomalia sospettata clinicamente", mentre il secondo è che un primo livello diagnostico possa meglio indirizzare, in tempo reale e correttamente, gli "specialisti esperti che attraverso adeguate competenze e l'uso di strumentazioni evolute" potranno chiarire i quesiti diagnostici di particolare complessità.

Dopo aver analizzato le applicazioni diagnostiche dell'ecografia di I livello nel setting delle cure primarie e dopo aver affrontato la necessità di un adeguato percorso formativo, gli Autori riportano la loro esperienza condotta nello studio medico associato Centro S.Luca di Leno (Bs) per un periodo di

5 mesi, rivolta a tutti i pazienti che clinicamente evidenziavano sintomi per i quali era indicata l'effettuazione di esame ecografico a livello addominale, muscolo-tendineo, regione del collo, etc. In caso di non univoca interpretazione

fra i vari operatori e nei casi dubbi i pazienti sono stati indirizzati ad un ulteriore approfondimento diagnostico in strutture specialistiche.

Le conclusioni a cui gli autori pervengono sono che l'ecografia di primo li-





*L'ecografia
di I livello
nello studio dei mmg
determina una
riduzione degli
accertamenti
e una maggiore
appropriatezza
nella richiesta*

vello è una metodica nello studio dei mmg determina una riduzione degli accertamenti di imaging in generale, una maggiore appropriatezza della loro richiesta, una maggiore soddisfazione dei pazienti e infine una riduzione dei costi diretti e indiretti sia per Ssr che per il paziente.

La necessità di incentivare l'utilizzo dell'ecografia negli studi di medicina generale pone, però, problemi organizzativi che dovranno essere adeguatamente regolamentati nei vari Accordi nazionali e Regionali, infatti, così co-

me anche opportunamente evidenziato nello studio sopracitato, diviene improrogabile governare l'offerta diagnostica attraverso sistemi che prevedano l'incentivazione dell'ecografia di I livello nel setting delle cure primarie attraverso un rimborso per gli esami effettuati oppure attraverso la condivisione di spazi e attrezzature con specialisti convenzionati come già previsto da alcuni accordi regionali.

Una materia quindi in evoluzione, in cui le giuste esigenze dei pazienti (una rapida risposta ai problemi clinici presentati), dei medici di assistenza primaria competenti e formati adeguatamente può benissimo trovare nelle esigenze di bilancio del Ssn un insperato alleato permettendo di ottenere risparmi a fronte di risultati rapidi e di qualità.

Concetti questi già ben esemplificati dalla Fimmg in passato quando, in occasione dell'ultimo rinnovo dell'Accordo integrativo regionale per la Basilicata (2007), Carmine Scavone, vice segretario nazionale, ebbe a dire come l'ecografia di primo livello introdotta in tale accordo permetteva una

“migliore accessibilità ai servizi sanitari, con sicuro contenimento della spesa per l'erogatore del servizio, erogatore che in caso contrario si vedrebbe costretto al pagamento di consulenze e accertamenti specialistici di 2° e 3° livello a costi nettamente superiori. Infatti, a fronte di un modesto impegno di spesa per il Ssr, il medico ha l'opportunità di conoscere immediatamente l'etiopatogenesi di alcune patologie ad alta prevalenza (ad esempio le coliche addominali sostenute da una calcolosi biliare, etc), e in ogni caso comunque può meglio indirizzare i pazienti presso le strutture di secondo o terzo livello assistenziale in caso di patologie addominali che richiedono l'intervento specialistico (ittero, epatosplenomegalia, masse addominali, etc). In tutti questi casi, un tempestivo riconoscimento delle cause patologiche permette di poter intervenire in modo appropriato, migliorando il rapporto medico-paziente, la compliance e l'aderenza alla terapia e, cosa non da poco di questi tempi, abbattendo nettamente i costi diretti ed indiretti della spesa sanitaria.”

PROGETTO DI VALORIZZAZIONE DELLA DIETA MEDITERRANEA E DELLO STILE ALIMENTARE ITALIANO

La dieta mediterranea una risorsa per la medicina

Federsanità Anci e Buonitalia hanno promosso un progetto per valorizzare lo stile alimentare basato sugli elementi che compongono la dieta mediterranea, per primi i prodotti italiani di qualità. Obiettivo delle iniziative quello di favorire pratiche di prevenzione contro le cronicità legate alla cattiva alimentazione

Con il progetto di valorizzazione della dieta mediterranea e dello stile alimentare italiano promosso da Federsanità Anci con Buonitalia, è la prima volta che la divulgazione degli elementi che sono alla base di questo modello alimentare passa attraverso il coinvolgimento dei medici e dei professionisti della salute per favorire buone pratiche di prevenzione e divulgare, quindi, comportamenti alimentari salutari in Italia – dove ciò ha contribuito alla crescita del Paese – e all'estero dove la dieta mediterranea rappresenta un modello di educazione alimentare capace di prevenire patologie che in molti paesi – soprattutto nel Nord America – rappresentano la prima causa di mortalità. Un esempio sono le malattie cardiovascolari. “Secondo lo studio Global Burden of Disease, nel 2004 le malattie cardiovascolari hanno causato circa il 27% e il 32% dei decessi in tutto il mondo, uomini e donne, rispettivamente. In Europa, le ultime stime indicano che il 43% dei decessi negli uomini è dovuto a malattie cardiovascolari, e il 54% nelle donne. Negli Stati Uniti – ha spiegato Viola Vaccarino della Emory University di Atlanta e coautrice del volume scientifico realizzato nell'ambito delle attività di progetto – nel 2006 le malattie cardiovascolari sono state la causa del 34% di tutti i decessi, pertanto una ogni tre morti, ma hanno probabilmente contribuito al 56% di tutte le morti. La malattia coronarica, la forma più comune tra le malattie cardiovascolari, è anche la singola causa più frequente di morte in Europa e in altri Paesi occidentali. Circa il 20% degli uomini e donne muoiono di malattie coronariche in Europa e in USA. Fattori comportamentali e stili di vita, compresa la cattiva alimentazione, sono notoriamente una delle principali cause delle malattie cardiovascolari e della mortalità totale, e quindi rappresentano i principali obiettivi per la prevenzione”.

Dal Seven Country Study in poi, una consistente mole di risultati in diverse popolazioni ha corroborato gli effetti benefici della dieta mediterranea a livello di prevenzione delle malattie cardiovascolari. Tali studi dimostrano che la dieta mediterranea riduce la mortalità generale e la morte coronarica, e riduce la frequenza del primo episodio di infarto del miocardio e di sindrome coronarica acuta. I dati sono più limitati, ma comunque esistono, sugli effetti protettivi della dieta mediterranea nei confronti dell'ipertensione arteriosa, del metabolismo lipidico, del sovrappeso e della funzionalità vascolare. “Il livello protettivo della dieta mediterranea è considerevole. Per ogni aumento di un punto nello score che quantifica l'entità dell'adesione alla dieta mediterranea – ha osservato la Vaccarino – si osserva una riduzione di mortalità tra il 7% e il 31% sia in indi-

vidui viventi in comunità che in persone con cardiopatie coronariche. La diminuzione della mortalità per malattia coronarica dà il contributo maggiore agli effetti sulla mortalità. In un ampio studio greco, per ogni incremento di 2 punti nel punteggio dieta mediterranea il rischio di morte per malattia coronarica è stato ridotto del 25%, dopo aver tenuto conto delle differenze di genere, età, distribuzione del grasso corporeo, consumo energetico, grado di istruzione, e di altri fattori. Allo stesso modo, in uno studio di follow-up negli Stati Uniti, un'alta adesione alla dieta mediterranea è risultata associata con una diminuzione del 24% della mortalità per malattie cardiovascolari negli uomini e del 20% nelle donne. Una

recente revisione sistematica e meta-analisi di studi prospettici di coorte ha riportato un calo del 9% della mortalità totale e cardiovascolare per ogni aumento di 2 punti nel punteggio della dieta mediterranea. Tali dati non sono risultati influenzati da fattori confondenti come il Paese di origine, il sesso dei soggetti, la durata del follow-up e la qualità generale degli studi. Studi randomizzati e controllati di grandi dimensioni in pazienti con malattie cardiovascolari documentano le proprietà cardioprotettive della dieta mediterranea rispetto ai controlli con diete di tipo “prudente”.

Nel Lyon Heart Study, i pazienti in dieta mediterranea hanno riscontrato un rischio di morte a causa di infarto del miocardio e altre malattie cardiovascolari del 54% più basso rispetto al gruppo con dieta “prudente” di tipo occidentale. Il ruolo protettivo della dieta mediterranea contro nuovi eventi coronarici in questo studio è durato fino a 4 anni”.



Viola Vaccarino
epidemiologa
della Emory University
di Atlanta

Federsanità Anci



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

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

I risultati della Consensus Conference

Nuove linee guida per il diabete gestazionale

Di Andrea Pizzini*

Recentemente si è svolta la Conferenza nazionale di Consenso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale, composta dai delegati di tutte le società scientifiche e professionali e dagli esperti interessati alla cura e allo studio del diabete gestazionale (GDM) nella quale è stata coinvolta anche la Fimmg con un suo delegato. È ormai certamente evidente che lo screening, la diagnosi e il trattamento del diabete gestazionale risultano efficaci in termini di costi-benefici. Tuttavia ad oggi i criteri attualmente in uso non sono univoci ed i più noti sono stati stabiliti sulla base del rischio di sviluppare diabete dopo il parto nelle donne affette da GDM e non sulla base dell'outcome materno e fetale. Un recente studio, denominato HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome), condotto in cieco su circa 25.000 donne in 15 centri distribuiti nelle varie nazioni del mondo, ha messo in evidenza che vi è una relazione lineare tra i livelli di glicemia registrati a digiuno e dopo 1 e 2 ore dal carico orale con 75 grammi di glucosio e l'aumento della frequenza degli outcomes primari e secondari avversi. In seguito ai risultati di questo studio l' "International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups" (IADPSG), ha organizzato a Pasadena (USA) una "International Workshop Conference on Gestational Diabetes - Diagnosis and Classification" ed ha pubblicato le nuove proposte in materia di screening e diagnosi di GDM che la Conferenza Nazionale Italiana ha giudicato idonei e applicabili nel nostro territorio nazionale. Quindi si è stabilito che per lo screening e la diagnosi di GDM si deve utilizzare la procedura in fase unica, così come quella adottata nell'HAPO Study, mentre la pro-

cedura in due fasi ("minicarico glucidico" + OGTT nei casi con minicarico positivo) attualmente in uso è da considerarsi superata e pertanto non più raccomandata.

A. Alla prima visita in gravidanza deve essere valutata la presenza di un diabete manifesto mediante la determinazione della glicemia plasmatica a digiuno: il riscontro ripetuto in due occasioni di un valore glicemico ≥ 126 mg/dl permette di porre diagnosi di diabete manifesto. La diagnosi di diabete manifesto può avvenire anche mediante l'esecuzione di una glicemia random (eseguita in qualsiasi momento della giornata): il riscontro di un valore glicemico ≥ 200 mg/dl,

permette di porre diagnosi di diabete manifesto, dopo conferma con glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dl. Se invece il valore della glicemia alla prima visita in gravidanza risulta ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl si pone diagnosi di GDM.

B. Tutte le gestanti con glicemia a digiuno alla prima visita inferiore a 92 mg/dl e/o senza precedente diagnosi di diabete manifesto, indipendentemente dalla presenza di eventuali fattori di rischio per diabete gestazionale, devono eseguire un carico orale di glucosio (OGTT) tra la 24^a e la 28^a settimana di gestazione. L'OGTT dovrà essere eseguito con 75 grammi di glucosio e prelievi venosi ai tempi 0', 60' e 120' per la determinazione della glicemia su plasma: si pone diagnosi di GDM quando uno o più valori risultano uguali o superiori a quella soglia.

Le donne affette da GDM dovranno rivalutare la tolleranza glucidica mediante OGTT (2 ore -75 grammi) a distanza di 8-12 settimane dal parto.

**delegato Fimmg alla Conferenza nazionale di Consenso per lo screening e la diagnosi del GDM*

DIAGNOSI DI DIABETE MANIFESTO IN GRAVIDANZA

Glicemia a digiuno (Fpg)	≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) 2 riscontri
Glicemia Random	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) da riconfermare con glicemia plasmatica a digiuno (≥ 126 mg/dl)

Nota: se i risultati non indicano un diabete manifesto, ma:

- Fpg ≥ 92 e < 126 mg/dl: diagnosi di diabete gestazionale
- Fpg < 92 mg/dl: eseguire Ogtt tra 24.ma e 28.ma settimana

DIAGNOSI DI DIABETE GESTAZIONALE MEDIANTE OGTT DA ESEGUIRE ALLA 24.MA – 28.MA SETTIMANA*

Glicemia	Valori soglia di concentrazione di glucosio	
	mg/dl	mmol/l
Fpg	92	5,1
1-hr Pg	180	10,0
2-hr Pg	153	8,5

***Carico glucidico: si raccomanda di somministrare 75 grammi di glucosio anidro sciolti in 300 ml d'acqua**

Un nuovo trattato di **terapia medica**

Ad un anno circa dalla pubblicazione da parte della Fimmg di Assistenza Primaria in Italia di Guzzanti e collaboratori, importante revisione storica e conclusione propositiva di riconosciuto valore, la Utet Scienze Mediche edita un nuovo trattato di Terapia Medica che sembra conformarsi proprio ad alcune proposte del nostro Gisap: il superamento dell'attuale settorialità della Medicina Generale (medici di continuità assistenziale, medici dei servizi, medici di famiglia), il lavoro di squadra e la razionalizzazione della spesa farmaceutica. Il trattato esce nell'ambito della collana Strumenti di Medicina Interna e ne è autore Marcello Negri che per numerosi anni è stato direttore della II Clinica Medica e presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma La Sapienza.

L'opera si divide in tre parti. La prima, di carattere generale, dopo aver preso in esame i rapporti fra sanità pubblica e terapia medica e le basi per

giudicare l'efficacia della stessa, affronta numerose condizioni particolari, ad esempio le intossicazioni da



Terapia Medica

Marcello Negri

**2 voll., pagg. 1.554,
Utet Scienze
Mediche, Torino,
2010**

animali e vegetali, le lesioni da caldo e da freddo, la radioterapia, la dialisi, il trapianto di organo (spesso trascurate anche nei trattati) insieme ad argomenti classici come la gestione del bilancio idroelettrolitico, l'arresto cardiaco, i principi della dietetica, ecc. La seconda parte è tutta dedicata alle malattie infettive e parassitarie, e la terza alle patologie dei vari apparati e sistemi.

Il trattato risulta completo e nello stesso tempo armonico. Infatti, da una parte è contemplata la terapia medica anche delle malattie neoplastiche, neurologiche, psichiatriche e dermatologiche, dall'altra sono presenti nozioni essenziali sulle terapie endoscopiche, chirurgiche e radiologiche, quando indicate; in secondo luogo, i numerosi autori (oltre 200 con i loro collaboratori) trattano sempre in modo sistematico e approfondito la dieta, le abitudini di vita, la terapia farmacologica e il follow up del paziente. Ne consegue che viene offerto al medico un valido strumento per affrontare in prima persona o partecipare con competenza a qualsiasi evenienza che comporti un iter terapeutico. È, infatti, questa una necessità di oggi, per esplicitare la quale l'autore porta nella prefazione un esempio: "il paziente oncologico, che vede la sua sopravvivenza di molto allungata, pur sottoposto a terapie di stretta pertinenza specialistica continua a restare per anni nell'ambito clinico del medico di famiglia".

Si tratta, in conclusione, di un'opera utilissima per il medico generalista/internista, in particolare per chi esercita la nostra professione di medico di famiglia.



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

Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo
Direttore Responsabile
Michele Olivetti
Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

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

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti
Hanno collaborato
Giuseppe Belleri, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti, Bruno Cristiano,
Paolo Giarrusso, Ester Maragò,
Marcello Mangione,
Antonino Michienzi,
Emilio Montaldo,
Stefano Nobili,
Andrea Pizzini, Mariano Rampini,
Angelo Sabani,
Stefano Zingoni

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Foto
Fabio Ruggiero
Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare nel mese di febbraio 2011
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/1/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a
ANES
In fase di certificazione secondo
il Regolamento CSST (senza marchio)
Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

