

2/3-12

MENSILE

XLX ANNO

Cure primarie Il progetto di riforma firmato da Fimmg p.6

Farmaci Il documento programmatico Aifa – Medicina Generale p.9

Vaccinazioni Presentato il Calendario vaccinale per la vita 2012 p.22

# Approvata l'autoriforma delle pensioni Enpam



## AVVENIRE MEDICO

**FIIMMG**  
ITALIANA  
**M**

Federazione Italiana Medici  
di Medicina Generale,

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

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

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

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

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

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



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

Numero Verde  
**800.011.781**

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

# PROFIM®

Medicina Generale



Synchronizing Healthcare



**CompuGroup  
Medical**

# Nuovo regolamento Enpam: l'impegno della Fimmg

**Giacomo Milillo**  
Segretario nazionale  
Fimmg

**A** pochi giorni dall'approvazione da parte dell'Enpam della riforma delle pensioni, non possiamo nascondere la nostra soddisfazione per il risultato raggiunto.

Ma è ancora presto per cantar vittoria e invitiamo tutta la categoria a prestare massima attenzione ai passaggi che porteranno la riforma a pieno compimento. L'Enpam è il primo ente previdenziale privatizzato a presentare un testo che dovrà garantire sostenibilità al nostro sistema pensionistico.

Seppur con qualche sacrificio, non verranno compromessi gli evidenti vantaggi rispetto al sistema contributivo puro introdotto nella previdenza pubblica, ma la riforma dovrà passare al vaglio dei ministeri vigilanti che dovranno esprimere il loro nulla osta.

Il bilancio tecnico messo a punto dall'Enpam garantisce una sostenibilità anche superiore a 50 anni e prevede anche il conteggio dei proventi dell'importante patrimonio che i medici hanno contribuito ad accumulare.

Bilancio tecnico "comprensivo dei proventi del patrimonio": cinque parole.

Su queste cinque parole e sull'impegno del ministro Fornero a tenerle nella dovuta considerazione, si è giocata la sospensione dello sciopero dello scorso gennaio.

L'approvazione da parte dei ministeri vigilanti arriverà infatti solo se il ministro Fornero confermerà quanto più volte e in più sedi ha dichiarato rispetto all'interpretazione della legge nel caso del nostro Ente di previdenza.

Al momento non abbiamo motivi per dubitare delle parole del ministro, ma aspettiamo i fatti.

È ancora presto per cantare vittoria anche per un altro motivo.

Qualora il Ministro del Lavoro approvasse la nostra riforma, l'autonomia dell'Enpam sarebbe comunque in discussione a ogni bilancio tecnico triennale se il testo del comma 24 dell'articolo 24 del decreto Salva Italia non dovesse essere corretto o formalmente interpretato. Aspettiamo fiduciosi il via libera del Governo, ma teniamoci pronti all'azione sindacale.



**In copertina**  
Gino Severini  
*Espansione sferica  
della luce*  
(1913-1914)

*La riforma ora deve ricevere il nullaosta dei ministeri competenti*

# L'Enpam approva l'autoriforma delle pensioni dei medici

**E**npam è il primo ente previdenziale privatizzato che si allinea alle richieste del decreto Salva Italia. “La riforma garantisce adeguatezza delle prestazioni ed equità nei confronti delle generazioni che verranno. Siamo orgogliosi del senso di responsabilità della nostra categoria, che ha concluso in autonomia questo percorso di riforma” ha dichiarato il 24 marzo scorso Alberto Olivetti, al termine del Consiglio nazionale della Fondazione che ha discusso e approvato la riforma, per la sola parte riguardante

tutti i medici, ovvero la cosiddetta Quota A. Il 16 marzo, invece, il CdA dell'Ente aveva approvato l'intero progetto di riforma.

Le linee essenziali di questo sono: rispetto di quanto maturato al 31 dicembre 2012; innalzamento a 68 anni per la pensione di vecchiaia (a regime nel 2018); pensione calcolata col metodo “contributivo indiretto Enpam”; bilancio tecnico unico dell'Ente, comprensivo dei proventi del patrimonio. E proprio quest'ultimo punto potrebbe essere oggetto di attenzione da parte del

Governo, che nel decreto Salva Italia chiedeva agli enti previdenziali privatizzati di garantire l'erogazione delle pensioni in una prospettiva di 50 anni, senza utilizzare il patrimonio.

La soluzione adottata dall'Enpam, utilizzare solo i proventi del patrimonio, lascia un margine di interpretazione, che dovrà essere sciolto nei prossimi mesi.

La riforma, infatti, potrà entrare in vigore solo dopo aver ricevuto il nulla osta dei ministeri vigilanti, ovvero Economia, Salute e Lavoro.

## La riforma Enpam in sintesi

### Pensione di vecchiaia

Innalzamento graduale dell'età per la pensione di vecchiaia dagli attuali 65 anni fino a 68 anni.

Serviranno 65 anni fino al dicembre 2012, 65 anni e sei mesi nel 2013, 66 anni nel 2014, 66 anni e sei mesi nel 2015, 67 anni nel 2016, 67 anni e sei mesi nel 2017, 68 anni dal 2018 in poi.

### Pensione anticipata

Resta possibile andare in pensione anticipata, anche se, come richiesto dal ministro Fornero, l'età minima aumenterà gradualmente dagli attuali 58 anni fino a 62 anni nel 2018.

Chi sceglierà il pensionamento anticipato avrà una riduzione rispetto alla pensione ordinaria perché percepirà l'assegno per un numero maggiore di anni.

Oltre che il requisito dell'età minima sarà necessario maturare un'anzianità contributiva di 35 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni; oppure, senza il requisito dell'età minima, si potrà andare in pensione anticipata con un'anzianità contributiva di 42 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni.

### Contributi

L'aliquota contributiva resta per tutti la stessa fino al 2014. Si prevede un aumento graduale dal 2015, quando cioè verranno sbloccate le convenzioni.

### Premio per chi rimane

Chi resterà a lavoro più a lungo continuerà ad essere premiato: i contributi versati dopo il compimento dell'età per la pensione di vecchiaia varranno il 20% in più.

### Misure a favore dei giovani

Per le giovani generazioni sono previste misure migliorative. Gli iscritti con età inferiore ai 50 anni potranno contare, a partire dal 1° gennaio 2013, su un tasso di rivalutazione dei contributi versati al 100% dell'inflazione, per tutti gli altri invece il tasso è pari al 75%.

La flessibilità del sistema Enpam consentirà anche la possibilità di aumentare l'aliquota di prestazione (o aliquota di rendimento) sulla base dell'avanzo economico che risulterà dai prossimi bilanci tecnici. L'incremento dell'aliquota farà crescere l'importo della rendita mensile della pensione.

# Le “iene” ridono sui farmaci generici. Milillo chiede il diritto di replica

**M**olti avranno visto il servizio andato in onda il 22 marzo nel corso della popolare trasmissione televisiva “Le Iene” e intitolato “Ricettopoli”. Il servizio voleva “dimostrare” l’interesse dei medici nella prescrizione di determinati farmaci, in particolare generici.

In un comunicato diffuso alla stampa, il segretario della Fimmg si è rivolto direttamente ai cittadini: “Invitiamo i telespettatori che hanno seguito la trasmissione “Le Iene” a fare una riflessione seria sulla credibilità della puntata-spazzatura. Nel servizio mandato in onda si descrive un Sistema sanitario gestito in modo malavitoso da decine di migliaia di medici, farmacisti e informatori medico scientifici nel quale i professionisti prescrivono farmaci oltre il necessario per avere in cambio regali, viaggi in località esotiche e anche automobili. Si è accusato inoltre il medico di scrivere sulla ricetta 'non sostituibile' per avere un televisore o un viaggio a Miami e non per

evitare che il paziente, spesso anziano e in trattamento con numerosi farmaci, si veda cambiare il suo medicinale ogni 15 giorni a seconda della disponibilità del magazzino della farmacia più vicina”. Ma per Fimmg la vicenda non è chiusa. Riservandosi il diritto a querelare gli autori della trasmissione, visto “il grave contenuto diffamatorio della categoria medica contenuto nel messaggio trasmesso”, Giacomo Milillo ha infatti chiesto il diritto di replica, così come previsto dalla legge sulla stampa, con una lettera inviata all’ufficio legale di Mediaset, nella quale sono anche richiamate le molte inesattezze contenute nel servizio televisivo. “Non è affatto vero che la sostituzione di un farmaco generico con un altro farmaco generico – si legge nella lettera – determini maggiori costi per le casse dello Stato”. Milillo ricorda che nell’aggiornamento del 15 marzo 2012 della Lista di trasparenza, con i prezzi di vendita al pubblico e la loro differenza con i prezzi di riferimento, dei 4.642 farmaci generici compresi nella lista il 47% ha un prezzo al pubblico superiore a quello di riferimento, differenza che è a carico del paziente. Inoltre il segretario Fimmg sottolinea come l’Aifa non abbia mai detto che i farmaci generici “sono tutti uguali”, trattandosi piuttosto di bioequivalenza, concetto più complesso. “La bioequivalenza – spiega ancora Milillo nella lettera – è garantita solo tra un generico ed il suo originatore, ma non tra due generici diversi se non sono stati preventivamente testati. La bioequivalenza non è, infatti, una proprietà transitiva. La sostituzione tra generici, soprattutto per alcuni farmaci con ristretto indice terapeutico o per alcune vie di somministrazione, potrebbe rappresentare un problema nella risposta clinica del paziente”. Rispondendo indirettamente a Silvio Garattini, che ha dichiarato il medico non competente nella valutazione dell’equivalenza farmaceutica, Giacomo Milillo ricorda come tuttavia “il medico è in grado di valutare nella pratica quotidiana la risposta alla terapia del singolo soggetto”.

“In ragione di ciò – sottolinea Milillo – è evidente che tra i 4.642 farmaci in commercio, il medico sceglierà quelli che, nell’uso quotidiano, ha valutato come idonei alla sua pratica clinica. È difficile capire se una terapia funziona se il paziente continua a cambiare prodotto. È difficile, inoltre, iniziare una terapia non sapendo quale prodotto, in concreto e non in astratto, il paziente assumerà. Il continuo cambio del prodotto in corso di terapia per malattie croniche produce evidenti disagi per il cittadino e necessita di aggiustamenti posologici da parte del medico. Sono comuni, soprattutto fra gli anziani, il confondimento di confezione ed errori nell’assunzione dei farmaci; consegue spesso la non assunzione del farmaco con conseguente spreco di risorse economiche per il Ssn”.

## Il metodo di calcolo Enpam: “contributivo indiretto a valorizzazione immediata”

Il metodo Enpam viene definito “contributivo indiretto” perché, ai fini del calcolo, la prestazione viene determinata in base ai compensi rivalutati. È un meccanismo a “valorizzazione immediata” perché consente di assegnare subito ai contributi pagati un valore certo, che sarà riscosso al momento del pensionamento.

## Fondo dei medici di medicina generale

L’aliquota contributiva rimane al 16,5%, per i medici di medicina generale, e al 15%, per i pediatri, fino al 31 dicembre 2014. Nel 2015 l’aliquota passerà al 17% per i medici e al 16% per i pediatri. Dal 2016 è previsto un aumento graduale dell’1% all’anno fino a un massimo del 26% (nel 2024; per i pediatri nel 2025). I contributi versati dal 1° gennaio 2013 verranno trasformati in rendita mensile con un’aliquota di prestazione (o di rendimento) dell’1,4%. Per i pediatri quest’aliquota verrà calcolata in proporzione all’aliquota di contribuzione fino a raggiungere l’1,4% dal 2025 in poi.

# Riordino delle cure primarie. Fimmg firma un progetto

**L**a modifica del Titolo V della Costituzione Italiana ha definitivamente conferito alle Regioni le competenze in ambito organizzativo sanitario con uno sviluppo di diversi modelli assistenziali sia a livello territoriale che ospedaliero nell'ambito del territorio nazionale.

Pur rimanendo in capo alla legislazione statale le norme per la formazione e l'attribuzione di funzioni e competenze delle diverse figure professionali, i nuovi modelli organizzativi rischiano di condizionare profondamente i ruoli professionali e i modelli di relazione preesistenti

**“**

***Pubblichiamo il testo del documento congiunto, siglato da Fimmg, Cimo, Fimp e Sumai, come contributo al lavoro del Tavolo tecnico aperto presso il ministero della Salute per il riordino delle cure primarie e l'integrazione ospedale-territorio.***

in assenza di una chiara definizione dei primi e, conseguentemente, dei secondi. Premesso quanto sopra occorre, attraverso

strumenti legislativi in capo allo Stato, riaffermare il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e tera-



pia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure, sia nell'ambito ospedaliero che territoriale.

Va pertanto proposta una riflessione circa il ruolo e l'autorevolezza di colui che esercita un atto medico, sia nell'ambito del lavoro di equipe che nel confronto tra attori delle diverse aree sanitarie.

Il ruolo e la conseguente autorevolezza del medico sono al momento confuse: infatti, mentre le conseguenze dell'atto medico sia in sede civilistica che penale anche nel lavoro in gruppo appaiono chiaramente in carico alla responsabilità medica, è meno evidente il ruolo e la conseguente responsabilità nella gestione e governance dell'organizzazione del servizio e anche dei modelli di relazione.

Diviene pertanto premessa indispensabile sia nell'ambito del riordino delle Cure Primarie, sia rispetto ai processi di integrazione Ospedale-Territorio, chiarire legislativamente i rapporti e le relazioni in ordine alla responsabilità e alla governance dei processi in presenza di figure professionali diverse quando queste operano con mandati di opera professionale sullo stesso obiettivo di salute, soprattutto alla luce della evoluzione dell'assetto formativo e del ruolo delle professioni sanitarie non mediche determinatesi negli ultimi anni.

Il ruolo e la responsabilità nella gestione e governance di progetti complessi di integrazione Ospedale-Territorio, vanno chiariti in sede legislativa, anche in merito ad una valorizzazione confrontabile del ruolo connesso al mandato di opera professionale sia clinico che gestionale in capo ai professionisti medici (ospedalieri e territoriali), indipendentemente dalla loro condizione contrattuale (dipendenza o convenzionamento), allo scopo di rendere necessariamente dialoganti per le competenze di cogestione organizzativa gli ambiti contrattuali ai vari livelli nazionali, regionali e aziendali.

I provvedimenti legislativi e/o contrattuali dovranno, infatti, tenere conto di una valorizzazione del ruolo del singolo professionista, legando il coordinamento, a parità di ruolo, all'ambito in cui si esplicita la funzione del mandato professionale e alla provenienza delle risorse impegnate (Ospedale o Territorio).

Il confronto in atto al tavolo tecnico del Ministero della Salute dovrà essere esteso anche a livello della contrattazione nazionale e periferica, attraverso l'istituzionalizzazione di tavoli tecnici regionali ed interaziendali, al fine di garantire che gli indirizzi "centrali" siano condivisi, anche a livello periferico, pur nel rispetto delle autonomie regionali.

Il confronto tra Ospedale e Territorio su tematiche che interessano l'integrazione sia nella fase di pre-ricovero (vedi codici bianchi in PS o tempi medi di attesa per le prestazioni ambulatoriali), sia in fase di dimissione (vedi farmaceutica, assistenza domiciliare, implementazione di DRG per pazienti cronici, ecc.), deve realizzarsi attraverso il dialogo all'interno dei suddetti tavoli tecnici.

In tale contesto l'ambito delle Cure Primarie necessita di un adeguato sviluppo affinché possa espletare a pieno e con maggior efficacia il proprio ruolo nell'assistenza sanitaria e sociale rivolta a tutti gli individui. I medici convenzionati svolgono il loro ruolo attraverso la presa in carico ed il governo clinico, a garanzia dell'assistenza sanitaria di base, della continuità delle cure ed integrandosi con il livello specialistico di riferimento. A tal fine ed affinché le Cure Primarie possano costituire un sistema unitario ed integrato nei confronti dei bisogni sanitari del cittadino e nell'ambito del SSN, è necessario sviluppare il livello organizzativo dei medici convenzionati e prevedere il loro coordinamento professionale.

A fronte di una accresciuta domanda di salute e del progressivo trasferimento di processi di cure dall'Ospedale al Territorio, la sostenibilità complessiva del SSN necessita di una ulteriore implementazio-

ne del Sistema delle Cure Primarie, attraverso lo sviluppo della governance da una parte e dei livelli organizzativi dall'altra. I medici (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali) rafforzano il loro ruolo grazie all'integrazione tra loro e con il setting ospedaliero, concorrono alla definizione e realizzazione dei percorsi assistenziali, garantiscono la continuità dell'assistenza superando l'attuale frammentazione di interventi in ambiti diversi. In questo contesto deve essere previsto il superamento dell'attività singola del professionista sostituendola con l'inserimento in una effettiva organizzazione funzionale e professionale.

Per rendere possibile e realizzabile il cambiamento auspicato, a parere delle OO.SS. firmatarie del presente documento, è indispensabile confermare il lavoro svolto per le modifiche dell'articolo 8 comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, già all'attenzione del Ministero e delle Regioni, che pone le basi per alcuni punti essenziali alla capacità di aumento della ricezione assistenziale del Territorio, anche in chiave di premessa ai processi di integrazione Ospedale-Territorio.

In particolare, quanto definito per:

- l'aumento della capacità organizzativa, attraverso lo sviluppo del lavoro in gruppo rispetto a quello in solo;
- la ristrutturazione del compenso, con la separazione del compenso legato al ruolo professionale da quello per l'investimento nei fattori di produzione necessari all'assistenza;
- l'evoluzione verso ruolo unico e accesso unico alle funzioni della medicina generale, e quindi il superamento dell'attuale separazione delle funzioni (as-



***Per rendere possibile il cambiamento delle cure primarie è indispensabile procedere alla modifica dell'articolo 8 nella direzione indicata in questi anni da Fimmg***

sistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi);

- il coordinamento operativo e l'integrazione fra l'attività dei Medici di Medicina Generale in tutte le loro funzioni, dei Pediatri di Famiglia e degli Specialisti ambulatoriali.

Alla luce delle considerazioni su espresse riguardo al riordino delle Cure Primarie e alla integrazione Ospedale-Territorio è necessario prevedere, in coerenza con la valorizzazione del ruolo giuridico del medico convenzionato, la definizione della sua necessaria partecipazione a livello aziendale e distrettuale agli atti di programmazione, coordinamento e verifica delle attività proprie del territorio e di quelle integrate Ospedale-Territorio.

Il Sistema di Emergenza ed Urgenza deve rappresentare la "terza gamba" della sanità italiana, ovvero la "cerniera" tra ospedale e territorio. Il modello organizzativo proposto è l'attivazione di un dipartimento di emergenza che comprende: il 118 (centrale Operativa e Unità Mobile di Soccorso), il Pronto Soccorso (PS), i Punti di Primo Intervento (PPI), la Breve Osservazione (OBI) e la Medicina di Urgenza.

In particolare occorre implementare una Rete di Emergenza secondo un modello HUB & Spoke, il Pronto Soccorso deve prevedere una gestione multidisciplinare dei percorsi clinici prestabiliti con permanenza dei pazienti, non destinati all'OBI, entro un periodo non superiore a 6 ore (fasi di stabilizzazione, primo inquadramento diagnostico-terapeutico, avvio percorso assistenziale), viceversa la permanenza in OBI e/o Medicina di Urgenza non deve superare le 72 ore nell'80% dei casi con livello di intensità di cure di tipo medio-alto.

In questo contesto il medico dell'emergenza urgenza dovrà farsi carico di seguire il percorso assistenziale del paziente dalla richiesta di soccorso, alla stabilizzazione, al primo inquadramento diagnostico, al trattamento dell'emergenza, fino al ricovero nella struttura sanitaria più appropriata. La continuità dell'assistenza tra fase preospedaliera e fase intraospedaliera del paziente critico impone tre esigenze: evitare la "demedicalizzazione" del territorio assicurando che l'Unità Mobile di Soccorso Avanzato (ALS) preveda nel team sempre la pre-

senza del medico, garantire una univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza e per il governo delle fasi di transizione definire meccanismi di equiparazione legislativa di ruoli giuridici e contrattuali, attualmente diversi, funzionali alla realizzazione del modello organizzativo proposto a livello regionale, promuovere soluzioni organizzative che favoriscano l'impiego dei medici a rotazione in tutti i servizi del dipartimento.

sionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie.

Per il medico occorre rivedere il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici attraverso il completamento del percorso di studio nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e della pediatria di famiglia, ad integrazione e perfezionamento del per-



***Il sistema di emergenza e urgenza deve essere la terza gamba del Ssn, la cerniera tra ospedale e territorio***

**Formazione:** occorre ribadire il principio che rimangono in capo alla legislazione statale ed al livello nazionale di contrattazione le norme per la formazione e la conseguente attribuzione di funzioni e competenze delle diverse figure professionali, al fine di definire in maniera funzionale i ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione profes-

corso universitario. In tale ottica si rende possibile una riduzione della durata dei corsi di specializzazione (uniformità alle norme europee) e di formazione specifica (omogeneizzazione dell'offerta formativa post laurea), in modo da mettere a disposizione più rapidamente risorse professionali necessarie alla sostenibilità del sistema. Per favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio occorre garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedano la partecipazione dei medici dipendenti e dei medici convenzionati. Gli indirizzi regionali e i conseguenti bisogni professionali rappresentati nei tavoli tecnici periferici prevederanno la definizione del percorso formativo regionale e/o aziendale su tematiche di comune interesse come la farmaceutica, l'assistenza domiciliare, la continuità delle cure, etc.



# Usare i farmaci al meglio: Aifa e Medicina Generale spiegano come

di Lucia Conti

L'uso appropriato dei farmaci è una condizione essenziale per la salute dei pazienti. Ma è anche una delle condizioni essenziali per contenere la spesa farmaceutica (pubblica e privata) e garantire la migliore assistenza farmaceutica ai cittadini. Il medico di medicina generale è senz'altro uno dei principali attori per il raggiungimento di questi obiettivi. Per questo l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha istituito un Gruppo di Lavoro sulle cure primarie per sviluppare, in collaborazione con i medici di medicina generale, un percorso di appropriata gestione del farmaco valorizzando il ruolo del medico di famiglia in tutti i suoi aspetti. Quello di prescrittore. Quello di guida nei confronti dei pazienti per una corretta assunzione ed aderenza alla terapia, anche come figura di raccordo con le terapie farmacologiche prescritte da specialisti ambulatoriali e ospedalieri (secondo i dati Oms, infatti, solo il 50% delle persone segue le indicazioni del medico e le percentuali sono ancor più basse nel caso delle malattie croniche: solo il 23% nel trattamento in cronico dell'asma e il 43% per l'asma in acuto, tra il 40% ed il 70% nel caso della depressione e il 51% nell'ipertensione). Quello di collaboratore delle istituzioni (per promuovere la salute della popolazione e il buon governo delle risorse) e delle imprese del farmaco, in termini di farmacovigilanza, ma non

solo. L'esperienza quotidiana del singolo medico, accumulandosi in un processo virtuoso che tende a realizzare una matura sapienza clinica, può infatti costituire l'opportunità e l'occasione per far progredire le conoscenze scientifiche condivise contribuendo a migliorare l'assistenza sanitaria.

Tutti questi aspetti sono stati raccolti e sviluppati nel documento programmatico elaborato dal Gruppo di lavoro Aifa-Mmg, coordinato da Walter Marrocco che in Aifa è membro della Commissione tecnico scientifica e al quale ha partecipato anche Roberto Venesia, segretario Fimmg di Torino e esperto delle politiche del farmaco.

Secondo l'Aifa "il documento programmatico intende analizzare i bisogni dei pazienti non ancora soddisfatti, totalmente o parzialmente, dall'attuale assistenza farmaceutica, con specifico riferimento al ruolo del mmg nella gestione dei farmaci; analizzare i fattori che possono favorire l'uso appropriato, efficace, efficiente e sicuro dei farmaci da parte dei mmg in relazione alle criticità dei bisogni dei pazienti; analizzare quale sistema di norme, di vincoli e/o di strumenti predisposti dall'Aifa possa meglio supportare l'operato dei mmg, in sintonia con le altre componenti assistenziali, al fine di garantire appropriatezza prescrittiva, equità di accesso ai farmaci, introduzione tempestiva di farmaci innovativi e sostenibilità finanziaria della spesa farmaceutica pubblica da parte del Ssn".

## La Medicina Generale e i farmaci, tra cambiamenti demografici e politiche di razionamento

Il documento parte dalla considerazione che oggi il medico di medicina generale si scontra con alcune difficoltà che richiedono approfondimenti e cambiamenti in relazione all'utilizzo dei farmaci. Le trasformazioni demografiche caratterizzate dall'invecchiamento della popolazione, dai flussi migratori, dall'espandersi del numero di pazienti fragili da assistere e dall'incremento della prevalenza di patologie complesse e/o cronico-degenerative, con un corrispondente aumento dei costi sanitari. L'enorme sviluppo tec-

**Importante il contributo della Fimmg: il gruppo di lavoro che ha elaborato il documento è stato coordinato da Walter Marrocco e vi ha partecipato anche Roberto Venesia**



nico-scientifico che negli ultimi decenni ha connotato la medicina, arricchendola di sempre nuove possibilità di prevenzione, diagnosi e cura, ma impoverendola dell'impronta umanistica che un tempo la caratterizzava, rendendo più problematica la possibilità di un corretto rapporto medico-paziente. Lo sviluppo e la disponibilità di un numero crescente di farmaci innovativi, spesso in-

## Sul sito Aifa uno spazio per i mmg



Dal 28 marzo sul sito dell'Agenzia italiana del farmaco è consultabile la nuova sezione dedicata ai medici di medicina generale.

La sezione, cui si accede direttamente dall'homepage del sito Aifa ([www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)), è stata predisposta per diffondere informazioni sull'attività del Gruppo di lavoro sulla valutazione dell'uso dei farmaci in medicina generale istituito presso l'Aifa. Sul sito è già pos-

sibile consultare il documento programmatico elaborato dal Gruppo di lavoro.

Attraverso lo spazio denominato "Registrazione e Suggestimenti", inoltre, i medici di famiglia potranno registrarsi e lasciare commenti sul Documento.

Attraverso il link denominato "RCP medicinali autorizzati con procedura centralizzata" è inoltre possibile collegarsi all'EMA, l'Agenzia europea del farmaco.



## Un punto fermo: la responsabilità del medico "non può essere sottratta neanche per evidenti esigenze economiche"

dicati per risolvere problemi sanitari complessi, ma sempre più frequentemente progettati per curare piccoli gruppi di pazienti selezionati con l'obiettivo di personalizzare i trattamenti.

Ma oggi per il malato, si legge nel documento, "si rischia sempre più non di avere ciò che è giusto che lui abbia in rapporto alle sue necessità cliniche ma, rispetto alle stesse necessità, di avere solo ciò che è clinicamente ed economicamente giustificato da parametri di riferimento, quasi esclusivamente, statistico-economici". E così "la famosa lotta agli sprechi, alle inutilità, alle improprietà, ma anche i DRG, i criteri per l'appropriatezza, le note limitative, gli incentivi alle prescrizioni più economiche, le linee guida, i protocolli diagnostici, ecc." finiscono per rappresentare, "sotto un certo aspetto, atti di 'demedicalizzazione', volti a tagliare quote di medicina considerate (spesso a torto, altre volte a ragione) superflue o ingiuste". Insomma, "le politiche di razionamento, implicite ed esplicite, che si sono applicate sono sostanzialmente politiche di demedicalizzazione senza che tuttavia siano sostituite da altre organiche politiche per la salute", a partire dalla prevenzione.

## L'impegno dell'Aifa contro la burocrazia

Tutte criticità, queste, a cui il Gruppo di lavoro intende rispondere. Anzitutto cambiando impostazione e "considerando la medicina generale come un partner di eccellenza, capace di gestire, nell'interesse del paziente, il bene farmaco, e non solo, anche innovativo, pur nel rispetto della sostenibilità del sistema". L'obiettivo è anche quello di influire "sul processo di traslazione delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica dei mmg anche mediante Note, Registri e liste di farmaci ammessi alla rimborsabilità, incluse le liste degli off-label".

Per raggiungere questi obiettivi l'Aifa, tra le altre cose, si impegna a rivedere l'impianto delle regole che vincolano la prescrizione dei farmaci da parte dei Mmg "eliminando, ove possibile, le norme che hanno un senso prevalentemente burocratico". E poi incentivando la responsabilità del singolo medico, "al quale non può essere sottratta neppure quando vi siano evidenti esigenze economiche", e "semplificando la classificazione dei medicinali per quanto riguarda la fornitura e dispensazione".

I mmg si impegnano, da parte loro, a migliorare la capacità di attuare strategie razionali, eticamente fondate ed economicamente sostenibili, utilizzando percorsi formativi specifici, autorevoli e indipendenti, adottando sistemi di autovalutazione dei risultati e concordando sistemi di verifica con l'Aifa e/o con il Ssn.







# Passaggio di consegne ai vertici di Fimmg Medici in formazione



## Chi entra...

Cari Colleghi,  
il 24 febbraio 2012 si è insediato il nuovo Esecutivo nazionale Fimmg dei Medici in Formazione. All'Esecutivo uscente dobbiamo un grazie, non dimenticando di sottolineare il ruolo avuto, ricco di iniziative e di esperienze. Il compito che ci troviamo ad affrontare è senz'altro gravoso ma, ricchi delle nostre potenzialità e carichi dell'entusiasmo dei neofiti, sapremo far fronte alle urgenze irrinunciabili, abbattendo, quando anche questo non risultasse facile, quel muro legislativo che spesso rallenta i processi di ammodernamento. Dalla nostra abbiamo un sindacato forte che vuole scommettere nella formazione e sui giovani e noi non faremo mancare occasioni di crescita e di dibattito, senza pretese di esaustività. Nel nostro ordinamento assumeranno spessore e vigore tutte quelle istanze che, provenienti da tutti voi colleghi, andranno a creare momenti di confronto, dove le risposte non saranno univoche ma si sommeranno in un itinerario comune e stimolante. L'indicatore più attendibile dei progressi fatti e dei risultati raggiunti, sarà proprio la crescita della Fimmg Medici in Formazione, capace di captare, registrare e, perché no, determinare, nuove forme di cambiamento.  
In bocca al lupo a tutti noi.

**Daria Di Saverio**, *coordinatrice Fimmg Medici in Formazione*

**Luigi Tramonte**, *vicecoordinatore*

**Giulia Zonno**, *vicecoordinatore*

## ...e chi esce

Cari colleghi,  
dopo quasi quattro anni come coordinatori nazionali di Fimmg Medici in Formazione abbiamo preso la decisione di lasciare l'incarico a un nuovo Esecutivo nazionale. La scadenza naturale del mandato sarebbe stata il 12 settembre 2012 ma la nostra convinzione è che la responsabilità di una organizzazione sindacale debba essere a carico di chi ne vive quotidianamente i problemi e le necessità. Allontanandosi sempre di più il giorno in cui abbiamo terminato il triennio è giusto che il testimone passi a chi ancora vive il corso e ne "patisce" sulla pelle le problematiche da affrontare, in modo da essere motivato a risolverle e riconosciuto come rappresentante "vicino" dai colleghi iscritti. La nostra esperienza di que-

sti quattro anni è stata a dir poco appassionante! Tutto ebbe inizio il 23 maggio del 2008 e da allora possiamo dire che la nostra vita è un po' cambiata, avendo preso il via un'attività molto coinvolgente che ha portato nell'immediato alla formazione delle sezioni regionali, poi alla costituzione del coordinamento nazionale e alla definizione degli obiettivi e delle strategie. Le nostre aspettative sono state subito superate: il pieno coinvolgimento nella vita del sindacato, le relazioni con enti esterni quali Enpam e Federspecializzandi, il nascere di problemi inaspettati, l'elaborazione di strategie che fino ad allora, data l'iniziale inesperienza, non immaginavamo nemmeno. In tutto questo siamo cresciuti come giovani sindacalisti ma ancor di più abbiamo conosciuto decine di coordinatori regionali e altri colleghi con cui è iniziata una collaborazione stretta e sempre positiva, virtuosa. Tra i giovani colleghi incontrati molti si sono distinti per impegno, entusiasmo e intelligenza sindacale per cui non abbiamo nessun timore a lasciare la sezione a chi verrà eletto il 24 febbraio: siamo in buona salute, in crescita, con alcuni pilastri ormai consolidati e molti obiettivi ancora da raggiungere. Di sicuro possiamo dire di aver dato una buona stabilità alla struttura organizzativa e una positiva identificazione della sezione come organizzazione seria e importante agli occhi dei colleghi in formazione, dei colleghi "navigati" e delle istituzioni esterne. Questo accreditamento è fondamentale per poter proseguire il lavoro con maggiore facilità e fiducia, ed è responsabilità di chi verrà a mantenere la credibilità conquistata. Abbiamo poi realizzato alcuni obiettivi, ma su molti occorre ancora lavorare, a partire dalla ristrutturazione della borsa di studio (argomento delicato in periodo di crisi) all'integrazione dei tirocini nelle forme complesse della medicina generale. Senza dimenticare il grande sforzo fatto per innovare e assicurare una corretta informazione a tutti gli iscritti, elemento fondamentale per mantenere la fiducia e facilitare i processi di condivisione e consenso, indispensabili alla tenuta di ogni grande organizzazione. Ai nuovi coordinatori auguriamo buon lavoro e lasciamo il compito di preservare e sviluppare tutto quello che di positivo è stato fatto fino ad oggi e di avere la fantasia per creare, modificare, inventare, sperimentare. Con l'entusiasmo e il gioco di squadra di chi sa rimboccarsi le maniche per un obiettivo grande, giusto e di vitale importanza per tanti colleghi e per lo sviluppo della nostra società.

**Celeste Russo, Alessandro Dabbene, Michele Ferrara**

# Sicilia: cambiano le norme sulle esenzioni

di Paolo Giarrusso

Questo articolo non ha (e del resto non può e non vuole) la pretesa di commentare le ragioni della scelta compiuta dall'assessorato siciliano: tale competenza è prettamente politica e va discussa nelle opportune sedi nazionali e regionali. Scopo di queste considerazioni vuole essere solamente quello di registrare i cambiamenti repentinamente intervenuti nella domanda di salute dei cittadini in rapporto al decreto, come si è immediatamente evidenziato fin dai primi giorni di applicazione delle nuove regole prescrittive da un osservatorio privilegiato come è lo studio del medico di medicina generale, assurdamente ignorato dai decisori tecnici dell'Assessorato alla Salute regionale. Considerazioni che prescindono dall'inevitabile stupore per le nuove regole, dalle prevedibili code interminabili e snervanti (cittadini che si sono alzati alle due del mattino per mettersi in coda per ottenere informazioni o per ottenere il rilascio dei tesserini di esenzione), dalle incomprensioni semantiche (cosa debba intendersi per "disoccupato" in una Regione dove la maggior parte dei cittadini risulta non essere mai stata occupata stabilmente in modo regolare e dove pertanto, nell'immaginario collettivo, il termine disoccupato non coincide con quello di licenziato o in cassa integrazione ma piuttosto con "inoccupato") e, infine, dalle inevitabili polemiche e cattive interpretazioni sulla situazione politica ed economica.

Esaminiamo il problema dal punto di vista esclusivamente sanitario.

1) Improvvisamente sono aumentate, ed aumenteranno sempre più, le esenzioni per patologia perché sta venendo fuori tutto un sommerso nascosto dalle esenzioni per reddito, che permetteva l'ottenimento di prestazioni sanitarie in modo rapido e snello. Mi spiego meglio: il quadro dello stato di salute dei cittadini che sta emergendo dopo l'entrata in vigore delle nuove regole è

più vicino alla realtà, perché fino ad ora il numero di esenzioni per patologie appariva palesemente sottostimato rispetto alla realtà del dato clinico. Credo che questo sia un bene, perché mostra finalmente ai decisori amministrativi quanto lavoro professionalmente valido non sia stato mai adeguatamente valorizzato e quanto le statistiche in termini di spesa siano state sempre sottostimate, attribuendo il differenziale di spesa alla "faciloneria prescrittiva" dei mmg.

2) In merito alla prescrizione di esami diagnostici si incontra ora più spesso l'atteggiamento comune tra i cittadini non esenti ("Dottore mi prescriva gli esami indispensabili per me), mentre si è ridotta la richiesta di esami a tappeto ("Dottore, mi prescriva tutti gli esami"). Ciò è un bene e la categoria deve trovarsi pronta e preparata ad affrontare questa nuova sfida in modo responsabile sia dal punto di vista clinico che economico, ben sapendo che il cittadino ha dei diritti per così dire clinici (esami appropriati per controllare la sua patologia) ed economici non solo collettivi ma ora anche individuali.

3) Quanto detto sopra deve mettere la Regione di fronte alle proprie responsabilità gestionali, offrendo campagne di prevenzione in maniera mirata ed efficiente. Voglio

dire che spesso la prescrizione dei tanto deprecati "tutti gli esami" ha permesso di cogliere indicatori di una qualche affezione (ad esempio una anemia sideropenica ha permesso di indirizzare la ricerca di una qualche causa misconosciuta), mentre ora il venir meno di questo uso indiscriminato, deve costringere i decisori amministrativi regionali o aziendali a meglio coinvolgere la medicina generale nelle indispensabili campagne di screening della popolazione per poter individuare in modo mirato la popolazione a rischio, a cominciare da quella compresa fra 60 e 65 anni che ben difficilmente potrà avere risposte sanitarie senza metter mano al portafoglio e proprio per questo inevitabilmente tenderà a trascurare il proprio stato di salute.

Penso che quanto sopradescritto evidenzia bene come un improvviso cambiamento delle regole prescrittive induca cambiamenti nella richiesta sanitaria, che dovrà ora essere sempre più qualificata e responsabile a qualsiasi livello decisionale. Qualunque cambiamento produce modifiche: sta a noi, in qualità di medici delle persone, saper cogliere gli aspetti positivi e vedere nel cambiamento un'opportunità per migliorarci anziché vedere solo gli aspetti negativi che pure sicuramente esistono per alcuni cittadini.

## I fatti

Nella notte del 21 gennaio in modo improvviso e senza alcun coinvolgimento della Medicina Generale, un decreto assessorile immediatamente esecutivo ha imposto nella Regione Siciliana la fine delle esenzioni per redditi inferiori ai 9.000 euro (se-

condo l'indicatore di situazione economica equivalente - ISEE) e ha introdotto la normativa di esenzioni per reddito già presente in tutto il resto del territorio nazionale (esenzione E1, E2, E3, E4). Ovviamente immutate le esenzioni per patologie.

# In Emilia Romagna al mmg restano solo alcune “fette” del percorso assistenziale

di Fabio Maria Vespa

**C**on la DGR n. 291/2010 “Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale” la Giunta Regionale ha inteso dare un generico riferimento per la riorganizzazione dell’intero sistema delle Cure Primarie. Il progetto parte dalla considerazione che i prossimi anni vedranno un sempre maggiore divario tra le risorse disponibili e le esigenze crescenti di salute. In tale contesto, solo il rafforzamento del sistema delle Cure Primarie potrà assicurare la sostenibilità complessiva del sistema. La “Casa della Salute” quindi come riferimento organizzativo e strutturale per il cittadino l’assistito ed il malato.

Purtroppo nel successivo documento “La programmazione delle Case della Salute nella Regione Emilia Romagna” Report 2011 sono date indicazioni e sono meglio chiarite le modalità con cui la suddetta DGR verrà applicata dalle Asl della Regione. Nel documento programmatico, infatti, compaiono innumerevoli affermazioni tese a modificare profondamente l’attuale organizzazione del Distretto sanitario.

Nella Casa della Salute Ambulatorio sarà presente un infermiere che accoglierà i pazienti, svolgerà una funzione di ascolto, darà consigli (sic!), si raccorderà con l’assistente sociale e, in caso di necessità, “sarà il tramite con gli altri servizi sanitari”.

Le Case della Salute dovranno divenire luoghi della continuità assistenziale, punti unici di accesso al Ssn, luoghi di orientamento e di “allargamento del rapporto di fiducia a tutta l’equipe assistenziale”. Non solo, nelle Case della Salute avranno ovunque sede ambulatori infermieristici anche per “la gestione delle malattie croniche” e all’infermiere saranno affidati programmi di medicina d’iniziati (recall, follow up etc.) oltre alla promozione degli screening.

Gli ambulatori infermieristici per le malattie croniche, operando sulla base di protocolli e percorsi, programmeranno per il paziente accertamenti e periodici controlli e, qualora ne ravvisassero il bisogno, attiveranno di volta in volta lo specialista o il mmg. Al mmg, quindi, restano solo “fette” del percorso assistenziale, solo tratti e



**Il documento della Regione sulle Case della Salute modifica profondamente l’organizzazione del Distretto**

momenti del percorso di cura. Questo risulta essere uno stravolgimento di fatto del ruolo storico dei medici di famiglia: da attivatori del sistema a parte episodica di un percorso di assistenza in cui ad essi viene riservato un ruolo di “consulente”, secondo criteri liberamente stabiliti dall’infermiere e/o dall’organizzazione sanitaria. Insomma, i malati cronici, la medicina d’iniziativa, la promozione degli screening, l’orientamento dei cittadini e quant’altro agli infermieri. La continuità dell’assistenza, anche diurna, ai colleghi della Continuità assistenziale e magari a chi di noi volesse prestar servizio ad ore, sempre presso la Casa della Salute.

E come se non bastasse, tanto per chiarire le nuove relazioni, gli “indicatori numerici di processo” e gli “indicatori numerici di risultato” citati, saranno tutti in qualche modo raggiungibili solo per mezzo della nuova organizzazione infermieristica. Le stesse prospettive dei sistemi incentivanti risultano quindi, profondamente modificate.

In alcuni passaggi, al fine di promuovere il consenso della Medicina generale al progetto si afferma che tra i risultati attesi, oltre alla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso, vi è anche, come novità assoluta, la riduzione “dell’iperafflusso agli studi dei mmg nei giorni post festivi”. E non solo, ci si preoccupa anche di definire un sistema atto a “limitare tutte quelle improvvise urgenze clinico burocratiche” di cui è costellata la vita professionale dei mmg. Ma come, da trent’anni non si è mai dato corso a proposte e normative per sollevare i mmg da ingiuste ed inutili incombenze ed ora, ora che si pensa di diluire il rapporto di fiducia, ci si propone di modificare le abitudini dei pazienti? Ora che si ritiene di dover inviare agli infermieri, per orientamento ed educazione alla salute i nostri assistiti, ci si preoccupa della burocrazia? Solo ora ci si preoccupa della valanga di “impegnative” pretese in ogni modo, in ogni momento e da chiunque? Solo oggi abbiamo il piacere di trovare un interessamento a ciò che per anni ha sabotato l’efficienza degli studi dei mmg?

Da sempre in Italia l’assistenza territoriale è strutturata su figure sa-



nitare convenzionate (mmg, medici CA, pls, specialisti ambulatoriali) con un rapporto di lavoro non dipendente e ciò non è avvenuto a caso. Tale modello si è affermato a partire dalla convinzione che il rapporto di fiducia col professionista dovesse essere uno strumento di tutela, di rappresentanza e di intermediazione tra le istituzioni ed il cittadino. L'impostazione flessibile e non protocollare, tipica del rapporto convenzionale, fu pensata come garanzia della personalizzazione delle cure e dell'assistenza. Ora, in base ad orientamenti né discussi né pubblicamente affermati, secondo coloro che hanno redatto il citato documento, dovremmo far cadere, anche sul territorio, un modello organizzativo che sperimentato negli ospedali sta mostrando tutti i suoi limiti?

La disponibilità all'integrazione dei medici di famiglia, su queste basi, viene pesantemente messa in discussione e diviene premessa di una reattività della categoria che non potrà non trovare evidenze nel pubblico dibattito.

In conclusione, è anche necessario far notare che la suddetta impostazione va ben oltre quanto affermato persino dall'ex ministro Livia Turco nel 2007 quando, presentando il progetto di Casa della salute affermava: "costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura (...) raccolta dei dati epidemiologici, (...) definizione di programmi e di protocolli terapeutici, dalle forme di consulto, agli approfondimenti sui farmaci, dall'educazione alla salute (...). Gli infermieri, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale nei moduli operativi integrati (...)"

Quanto sinora detto non può nulla togliere al corretto rapporto che ci lega agli infermieri con cui quotidianamente collaboriamo nell'assistenza territoriale, con il rispetto dei rispettivi ruoli ed al di là di ogni impostazione ideologica ed avventuristica.

## LE NEWS

### Patto per la Salute. Si apre un tavolo per le cure primarie

Ministero della Salute e Regioni hanno aperto da settimane il confronto per la definizione del nuovo Patto per la Salute. Obiettivo del Patto sarà la complessiva indicazione di orientamento del Ssn per i prossimi tre anni, anche in rapporto ai finanziamenti. In particolare il Patto dovrebbe rimodulare le misure economiche introdotte dalla manovra economica della scorsa estate, che prevedeva l'applicazione di ticket "lineari", ovvero fissi, su molte prestazioni, allo scopo di recuperare circa 2 miliardi di risorse. Se il nuovo Patto non sarà siglato entro il 30 aprile, le Regioni saranno obbligate ad applicarli, ma tutte le parti sembrano intenzionate a scongiurare questa eventualità.

Dopo l'incontro avuto con le Regioni il 28 marzo scorso, il ministro **Renato Balduzzi** ha annunciato che i lavori proseguiranno in modo articolato. "Siamo andati avanti - ha detto il ministro - discutendo le modalità con cui attuare la manovra estiva 2011. Ci riaggiungeremo la prossima settimana con la costituzione di sei tavoli di lavoro".

Secondo quanto ha riferito l'assessore alla Sanità del Veneto, **Luca Coletto**, coordinatore della commissione Salute delle Regioni, i tavoli dovrebbero esse-

re dedicati a ticket, Lea, cure primarie, Piani di rientro, beni e servizi, dispositivi. Coletto si è detto soddisfatto per "il buon accoglimento del documento preliminare delle Regioni". Riguardo ai ticket, l'assessore ha risposto sorridendo alle domande dei giornalisti: "Magari non li mettiamo". E ha aggiunto: "Sono convinto che chiuderemo per il 30 aprile, con delle sorprese positive".

### In Friuli Venezia Giulia un protocollo tra Regione e Medicina Generale

Siglato a Trieste un protocollo d'indirizzo tra la Regione e le organizzazioni sindacali di Medicina generale per il rafforzamento della sanità territoriale. Il documento è finalizzato all'utilizzo delle risorse stanziate nel 2011 (5 milioni di euro) per la realizzazione di progetti di assistenza ai pazienti cronici e per dare seguito allo sviluppo dell'organizzazione della medicina del territorio anche attraverso il riconoscimento del personale di studio già assunto dai medici di Medicina generale.

La Regione si è impegnata a reperire per il futuro le risorse necessarie per dare continuità ai servizi già offerti presso gli studi dei medici di Medicina generale. Il presidente della Regione, **Renzo Tondo**, ha espresso la necessità di valoriz-

zare l'organizzazione territoriale della Medicina generale per far fronte alle criticità sempre più palesi relative all'intasamento del Pronto Soccorso.

Il segretario regionale della Fimmg **Rosario Magazzù** ha espresso soddisfazione per le dichiarazioni del presidente Tondo e per il risultato ottenuto: "Quanto concordato dà in particolare garanzia alla continuità di servizio al cittadino che diversi medici di Medicina generale offrono attraverso l'assunzione del personale di studio e le forme di associazionismo".

### Fnomceo. Amedeo Bianco confermato alla presidenza

Nella riunione del 30 marzo scorso il Comitato Centrale della Fnomceo, eletto dal Consiglio nazionale della Federazione nello scorso fine settimana, ha definito gli incarichi per il prossimo triennio 2012-2014. Come previsto l'Esecutivo uscente è stato sostanzialmente confermato, con l'unica eccezione di **Roberto Lala** che, essendo stato nominato nel CdA dell'Enpam ed avendo assunto l'incarico di presidente dell'Ordine di Roma, non aveva riproposto la sua candidatura. Presidente è dunque **Amedeo Bianco**, **Maurizio Benato** è vicepresidente, **Raffaele Iandolo** tesoriere, **Lui-gi Conte** segretario.

# Grandi manovre e piccole realtà. I problemi della Medicina Generale in Appennino

di Fabio Balistreri\*

**C**hi scrive è il coordinatore di un Nucleo di Cure Primarie nell'alta valle del Bidente in provincia di Forlì.

Tre comuni distesi su una quarantina di chilometri con quattro paesi principali – Cusercoli, Civitella di Romagna, Galeata e Santa Sofia – numerose frazioni e molti valichi di montagna per raggiungerle.

Per chi è nato da queste parti o vive da sempre quassù è sicuramente una fortuna vivere in mezzo al verde e alla natura; in cima alla valle inizia il Parco Del Casentino al confine con la Toscana, uno dei “polmoni naturali” più importante e meglio conservato d'Italia. Bello, ma faticoso per chi svolge la nostra professione.

La zona, ampia e disagiata, conta circa 10.000 abitanti, seguiti da otto medici di famiglia e una pediatra. Ogni medico ha minimo due ambulatori da seguire (il sottoscritto ne ha tre) per raggiungere capillarmente la popolazione, soprattutto quella più anziana che può spostarsi poco e male dai piccoli nuclei in cui risiede. Ai tempi dell'entrata a regime dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) per noi fu il riconoscimento di un merito che avevamo già, perché da sempre ci rechiamo a casa dei nostri assistiti anche per una semplice iniezione, e l'esperienza acquisita servì per organizzare meglio il servizio e coordinare il personale infermieristico messo a disposizione dall'Asl: due sole infermiere che devono spostarsi con-

tinuamente per raggiungere i casali di campagna più isolati. Silenziose, disponibili, eroiche: non è una esagerazione, ma riconosce un merito!

Per il nucleo di cure primarie Alto Bidente è stato impossibile trovare una sede unica per aderire ai progetti regionali e nazionali che vogliono aggregazioni di medici, servizi e personale infermieristico. Impossibile per semplici motivi logistico/geografici, malgrado la Asl abbia insistito e non poco.

Ci ha proposto in passato, ma senza troppo convinzione, la gestione dei posti letto dell'Ospedale di Santa Sofia, attualmente impropriamente affidati a medici ospedalieri che andrebbero recuperati nell'ospedale di Forlì in carenza di camici bianchi, illudendosi che poi una volta chiuso avremmo garantito il Country Hospital.

Sarebbe certo più facile se fossimo 20-25 medici, se la popolazione non fosse sparsa in un territorio così ampio e fosse concentrata tutta in qualche quartiere in città.

Grandi manovre e piccole realtà.

La funzione di garanzia della “continuità dell'assistenza” H24 e 7 giorni su 7 è sancita in Acn ormai da tre rinnovi contrattuali ed è relativa alla definizione di specifici progetti di integrazione professionale.

Questa funzione non è ovviamente attribuita al singolo medico di medicina generale: è infatti intuitivo che un singolo



**Alto Bidente.  
Un territorio  
bellissimo ma difficile,  
dove il modello  
astratto di  
organizzazione  
delle cure primarie  
si scontra con  
la realtà concreta**

collega non potrà mai lavorare senza soluzione di continuità.

È viceversa attribuita alle forme aggregative della Medicina Generale, Aggregazioni funzionali territoriali in primis, dove si prevede che 15-20 medici di assistenza primaria lavorino funzionalmente insieme nelle ore diurne e siano integrati dai colleghi della continuità assistenziale, mantenendo ognuno le proprie specifiche funzioni di tipo fiduciario o orario. In questo senso, ovvero sulla base di strutture funzionali ed organizzate della medicina generale, può essere garantita ai cittadini una continuità dell'Assistenza H24 e 7 giorni su 7.

Ma in una realtà come la nostra, come si realizza questo progetto? E soprattutto: serve?

L'Asl di Forlì, dietro non poca insistenza

da parte del nostro sindacato del quale il sottoscritto si onora di far parte, ha prima accettato un Nucleo di Cure di tipo Funzionale h10 dove, pur rimanendo nel nostro ambulatorio abituale, garantivamo le urgenze. Poi, l'anno scorso, l'orario ci è stato abbassato ad h7 perché non rispondevamo ai requisiti di nucleo imposti dagli Accordi nazionali e regionali. Eppure il modello funzionava, per noi e per i nostri assistiti.

Oltre alla fatica fisica per noi Mmg si aggiungono costi elevati:

- la benzina per spostarci da un ambulatorio all'altro..... costa;
- l'affitto di ogni ambulatorio .... costa;
- il telefono per essere disponibili....costa;
- la gestione dei rifiuti speciali...costa.

Per noi, inoltre, ci sono pochi incentivi visto che tutto oramai si basa sulla medicina "aggregativa".

L'idea dell'h24 per nuclei di 15-20 medici, se è "meravigliosa" per l'Ausl, per noi sarà un incubo perché l'azienda verrà avanzando anche a noi pretese di questo genere, pena zero incentivi e niente guadagno, con i prezzi di tutte le cose e di tutte le tasse che aumentano. In sostanza, ci chiederanno più disponibilità e quindi più responsabilità.

I giornali e la televisione informano su tutte queste "meraviglie", e nei nostri confronti le pretese, anche da parte dell'utenza, aumentano sempre di più.

Sembra oramai assodato che in Italia più offerte vengono fatte più si provoca spreco. Non è vero che i Pronto Soccorso degli ospedali sono strapieni perché i medici di famiglia non si trovano mai, ma casomai perché si tende sempre a sciupare le risorse, soprattutto se sono gratuite. Comunque, le accuse di scarsa presenza non valgono certo per i medici che operano in realtà disagiate, da sempre abituati ad una disponibilità maggiore.

Racconto tutto questo semplicemente per fare il mio dovere di sindacalista, illustrando una delle tante realtà di periferia di questa nostra nazione lunga e stretta a chi a volte sembra dimenticarsene.....

Spero che chi si riconosce in situazioni come questa abbia voglia di scrivere a sua volta e portare avanti proposte.

La mia proposta è quella del già citato Nu-

cleo Funzionale, dove ogni medico si mette a disposizione nel proprio ambulatorio per le urgenze degli assistiti degli altri colleghi, disponendo gli orari di apertura in modo da garantire un ambulatorio aperto per moltissime ore.

Lo abbiamo già fatto e di ambulatori aperti a tutte le ore se ne trovavano tre o quattro.

Per quel che riguarda l'assistenza infermieristica, credo che servano più di due infermieri disponibili per il territorio, aggregati in un solo punto di reperibilità, magari con una ambulanza a disposizione e che siano attivabili dai medici di medicina generale.

E quando parlo di infermieri mi riferisco

a personale che collabora con il medico, non dei "rambo" con la pretesa di sostituirsi a noi. So bene che adesso sono quasi tutti laureati in scienze infermieristiche, e tanto meglio perché questo dà garanzia di maggiore professionalità, ma per forza di cose il medico dovrà essere riconosciuto come medico e l'infermiere come infermiere, rispettandosi, integrandosi e collaborando. Pochi sprechi e molto pragmatismo!

\*medico di medicina generale,  
coordinatore NCP Alto Bidente (Forlì),  
consigliere Omceo Forlì/Cesena,  
probo viro Fimmg

## LE NEWS

### I Medici di famiglia sono orientati alla non sostituibilità

Nel febbraio scorso il Centro Studi della Fimmg in collaborazione con Doxapharma ha condotto un'indagine tra i mmg sulla normativa del decreto "liberalizzazioni" in riferimento alla sostituibilità dei farmaci prescritti. In realtà le successive modifiche del decreto hanno cambiato, per certi versi sostanzialmente, le precedenti disposizioni.

È comunque interessante conoscere l'orientamento dei medici emerso dall'indagine.

I dati più evidenti appaiono quelli relativi alla percezione degli aspetti negativi della norma (per il 73% inutile e fastidiosa complicazione burocratica), sull'importante incidenza che essa avrà nell'indurre l'apposizione della "non sostituibilità" (il 53% dichiara tale intenzione per la maggior parte delle prescrizioni), sulla affermazione che i pazienti chiedono quasi sempre parere al medico prima di accettare la sostituzione proposta del farmaco (il medico è contattato per questo, spesso/molto spesso nel 77%

dei casi).

Doxapharma ha parallelamente condotto un'indagine su un campione rappresentativo della popolazione generale che dimostra innanzitutto una ampia conoscenza sulla presenza dei generici (90% del campione). Il 55% degli intervistati ritiene che i generici siano uguali ai farmaci di marca e il 37% pensa che siano utili per risparmiare. Un terzo del campione afferma comunque che ricontatterebbe il proprio medico in caso di proposta di sostituzione del farmaco per poi adeguarsi al suo consiglio; il 12% degli intervistati dice che cercherebbe di convincere il farmacista a consegnare il farmaco effettivamente prescritto. Importante l'aspetto economico: la cifra massima che una persona sarebbe disposta a pagare per prendere un farmaco di marca al posto dell'equivalente generico sarebbe mediamente di 2,40 euro.

Emerge complessivamente un quadro di buona disponibilità verso il farmaco generico, ma questo non può costituire motivo per prevaricare le scelte intellettuali del medico con il quale il paziente mantiene un forte rapporto di stima.



di  
**Bruno  
Cristiano**

## La logica e il linguaggio

■ La logica ha sempre costituito una parte essenziale della filosofia, da Platone e Aristotele fino a Kant e Wittgenstein. Ma non ci sarebbe logica se il linguaggio non si fosse trovato, a un certo momento, in una situazione di "crisi" esistenziale, determinata dalla scoperta di un pensiero negativo da affiancare a quello positivo. Fino a quando le parole si limitano a descrivere percezioni sensoriali, quali forme, colori, suoni, gusti e odori, non c'è infatti bisogno d'altro che di espressioni positive per descriverle: anche se, naturalmente, ciascuna di queste qualità esclude tutte le altre dello stesso tipo. Ma nessuno direbbe, anche limitandosi all'approssimazione dei sette colori, che un oggetto non è arancio, giallo, verde, blu, indaco o viola, per dire che è rosso. Per non parlare poi dei casi, come la forma, in cui le possibilità sono infinite.

Quando però si passa in campi più impalpabili, quali l'etica, diventa più difficile parlare in termini positivi: anzi, sembrerebbe addirittura che l'unico modo per dire "fai il bene" sia dire piuttosto "non fare il male". Così è nei comandamenti del Libro dei morti egiziano, poi mutuati dall'issopo ebraico: non rubare, non ammazzare, non dire falsa testimonianza, non desiderare la roba e la donna d'altri, e così sia. E così è nell'Iliade, dove gli dèi intervengono quasi sempre a moderare, frenare e impedire, più che ad aizzare, incitare e permettere.

Lo stesso Socrate, che dell'etica dovrebbe essere il primo esperto laico, è costretto ad affermare: "L'unica cosa che so è di non sapere". E quando nell'Apologia platonica egli confessa senza imbarazzi di sentire, fin da bambino, una voce che gli parla, aggiunge esplicitamente: "Essa mi dissuade dal fare ciò che sto per fare, ma non mi incita mai a fare ciò che non sto per fare".

I Greci antichi, come abbiamo visto, erano molto simili agli schizofrenici moderni, e potevano forse mantenere due linguaggi separati: uno positivo per le percezioni sensoriali, e uno negativo per i precetti morali. Ma con lo sviluppo del pensiero e della logica e il superamento della schizofrenia congenita del pensiero primordiale, i due linguaggi si mescolarono fra loro. Fino a quando si ragiona in questo modo si rimane nell'ambito di un pensiero olistico o monistico, che è l'esatto contrario di quello logico o dualistico. È soltanto nel momento in cui si separa ciò che Dio ha unito, quando cioè il pensiero divide diabolicamente l'affermazione dalla negazione e il vero dal falso, che nasce la logica. Ed è questa la "crisi" a cui alludevamo, il momento di "giudizio, scelta, decisione, separazione" che costituisce il significato letterale della parola greca *krisis*.

E proprio *Krisis* si intitolava il perduto dramma satirico di Sofocle, nel quale si raccontava il primo e più famoso giudizio: quello di Paride, che dovette eleggere la Miss Mondo dell'an-

tichità nel primo concorso di bellezza della storia, assegnandole il pomo d'oro messo in palio da Eris (Discordia). Le concorrenti erano Era (Giunone), Afrodite (Venere) e Atena (Minerva), cioè le dee del potere, dell'amore e della saggezza: formosa e con occhi bovini la prima, bella e imbellettata la seconda, atletica e unta d'olio l'ultima. Paride scelse Afrodite, ricevendone in premio Elena e facendo scoccare la scintilla che detonò la guerra di Troia, ma solo dopo che le concorrenti cercarono di convincerlo mediante argomenti a loro favore: cioè, esattamente con il metodo che divenne tipico della logica.

La biforcazione è tipica del pensiero dualistico, e la sua prima rappresentazione letteraria esplicita è una variazione sul dramma di Sofocle rappresentata in infinite varianti letterarie e pittoriche. Questa volta è Ercole a trovarsi in aporia, a essere in dubbio su quale cammino seguire nella vita, e ancora una volta la scelta si presenta sotto l'orma di due donne, che simboleggiano rispettivamente la virtù e la felicità, e che si contendono i suoi favori con un lungo discorso ciascuna.

Ma tutta la mitologia e la religione, ammesso che si tratti di generi diversi, traboccano di simili storie, più o meno edificanti, che variamente propongono scelte letterali fra la destra e la sinistra, o metaforiche fra il bene e il male, il vizio e la virtù, la luce e le tenebre, la vita e la morte, la salvezza e la dannazione, Dio e il Diavolo...

# cinque notizie per cinque righe

a cura di Stefano Nobili

## 1- Consolle per videogiochi nello stroke

Uno studio preliminare presentato recentemente all'America Stroke's Association's International Stroke Conference di New Orleans ha ipotizzato, nei pazienti affetti da emiparesi post stroke, un miglioramento della funzione dell'arto superiore attraverso un programma di fitness gestito da una nota consolle per videogiochi. Attraverso apparecchiature di telemetria wireless è stato apprezzato l'incremento dell'ampiezza, della velocità e della potenza del movimento dell'arto superiore.

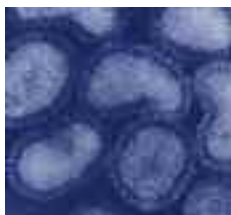
MedPage Today, Feb 6, 2012



## 2- Canada: la chiusura delle scuole diminuisce la trasmissione del virus influenzale

Un aspetto controverso della gestione della pandemia influenzale è una misura sociale come la chiusura degli istituti scolastici. Nello stato canadese dell'Alberta è stato condotto uno studio, attraverso un modello matematico, sugli effetti della sospensione delle lezioni scolastiche in relazione alla trasmissione del virus pH1N1. Da tale modello matematico risulta che la chiusura delle scuole riduce del 50% la trasmissione virale tra gli studenti.

Earn D et al, Ann Int Med, Feb 7, 2012. Vol 156 n°3, 173-81.



## 3- Mercato dell'osteoporosi in espansione

Si prevede che il mercato mondiale dell'osteoporosi possa raggiungere gli 11,4 miliardi di dollari entro il 2015 e che il valore del mercato cinese sarà di almeno 2,5 miliardi di dollari. Secondo il report di Transparency Market Research il valore del mercato dell'osteoporosi nel 2010 era di 7,3 miliardi di dollari e si prevederà un aumento annuo del 9,2% entro il 2015. A farla da padrone sempre i bifosfonati con il 62% del mercato globale (dati riferiti al 2010).

PRNewswire, New York, February 6, 2012.



## 4- Sale e rischio di cancro gastrico

È stata condotta una metanalisi per valutare la relazione tra apporto di sale e rischio di tumore gastrico. Sono stati quindi raccolti i dati provenienti da 7 studi pubblicati tra il 1966 e il 2010 per un totale di 270.000 circa soggetti con follow up dai 6 ai 15 anni. L'associazione cancro gastrico-consumo di sale è stata più evidente nella popolazione giapponese. La metanalisi permette di affermare che il rischio di sviluppare un cancro gastrico aumenta in relazione alla quantità di sale.

D'Elia L et al, Clin Nutr. 2012 Jan 30.



## 5- Il consumo di cannabis aumenta il rischio di incidenti stradali

La review di letteratura comprendente 9 studi ha riaffermato che la guida sotto l'effetto di cannabis è associata ad un aumento significativo del rischio di incidenti stradali, specie mortali. Per incidente stradale è stata individuata la definizione del WHO, ovvero "collisione o incidente che può o meno condurre a lesioni, avvenuto su pubblica via e che interessa almeno un veicolo in movimento". L'influenza, invece, della cannabis sugli incidenti stradali di entità minore non è chiara.

Asbridge et al, BMJ 2012;344:e536.



Ogni settimana 5 notizie X 5 righe è su:

fn

FIMMG NOTIZIE

# Vaccinazioni: la prevenzione come stile di vita

di Italo Guido Ricagni\*

**L**e vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più importanti, in continua evoluzione, di medicina preventiva.

Il primo vaccino fu preparato da Jenner alla fine del Settecento, era il vaccino contro il vaiolo che, dopo una somministrazione di massa rivolta agli eserciti e alla popolazione civile di molti stati, è riuscita ad eradicare dal mondo la malattia come è stato dichiarato nel 1976 dall'Oms<sup>1</sup>.

Agli inizi dell'Ottocento iniziarono i progressi della batteriologia e dell'immunologia grazie a Pasteur e Kock che prepararono il terreno per la produzione dei primi vaccini in laboratorio.

Si è passati dai vaccini preparati con virus vivi attenuati (rosolia, morbillo parotite, varicella, e febbre gialla) ai virus

inattivati (antinfluenzale ed epatite A) ai vaccini sintetici (antitetano) e ai vaccini così detti di II generazione: coniugati (Pneumococco), composti a sub unità (Antiepatite B) e quelli con vettori ricombinanti, attualmente in via di sperimentazione<sup>2</sup>.

Quindi grazie ai progressi della biologia molecolare e della diffusione dei vaccini, sicuramente si ha un prolungamento dell'aspettativa di vita.

I Programmi vaccinali sollecitati e promossi dall'Oms, se applicati dai vari paesi, porteranno presto all'eradicazione di malattie come la poliomielite, il tetano e la difterite, già praticamente quasi scomparse nei paesi occidentali.

Nei paesi in via di sviluppo, grazie alle campagne di vaccinazioni promosse dall'Oms con l'Epi (Exapander Program on Immunization) si ha una diminuzione importante di morbilità e mortalità per malattie come il morbillo, la pertosse e la tubercolosi.

Oggi, nel mondo, le migrazioni, l'invecchiamento delle popolazioni sono le cause di un numero sempre maggiore di pazienti affetti da patologie cronicodegenerative; e solo lo strumento della prevenzione appare come la risposta più concreta al conseguente bisogno di salute.

Le vaccinazioni, caposaldo della prevenzione, sono un modo per prevenire, in Italia, migliaia di morti l'anno e ridurre la disabilità di altrettante persone<sup>3</sup>. Possiamo fare delle importanti considerazioni tenendo presente che una corretta campagna vaccinale permette di ridurre fortemente la spesa sanitaria pre-

venendo malattie a volte incurabili e bloccare epidemie in atto (Epatite A) o, come nel caso delle meningiti, circoscrivere e limitare le epidemie coadiuvati anche da una eventuale profilassi antibiotica per i contatti stretti.

Tabella 1 - Calendario nazionale delle vaccina

Vaccino	Nascita	3° mese	
DTPa		DTPa	
IPV		IPV	
HBV	HBV <sup>3</sup>	HBV	
Hib		Hib	
MPR			
PCV		PCV	
Men C			
HPV			
Influenza			
Varicella			

Interpretazioni delle indicazioni di offerta del calendario

Popolazione generale: il calendario si riferisce ai programmi vaccinali rivolti a tutta la popolazione; in questo schema non è considerata l'offerta rivolta a gruppi o categorie a rischio, trattata nei paragrafi successivi.

3° mese si intende dal 61° giorno di vita 5-6 anni (di età) si intende dal 5° compleanno (5 anni e 1 giorno) ai 6 anni e 364 giorni (7° compleanno)

12° anno si intende da 11 anni e 1 giorno (11° compleanno) fino a 11 anni e 364 giorni (12° compleanno)

11-18 anni si intende da 11 anni e un giorno (11° compleanno) fino ai 17 anni e 364 giorni (18° compleanno)

## Legenda:

DTPa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare

dTpa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acel-

**Accanto al calendario proposto dal ministero della Salute, pubblicato anche il "Calendario vaccinale per la vita" messo a punto da Fimmg, Fimp e Siti**

La diffusione delle vaccinazione, oltre che proteggere i bambini e gli adolescenti vaccinati protegge, per il meccanismo dell' "Herd immunity", anche quelli non vaccinati ed indirettamente gli anziani, grazie alla riduzione della circolazione dei microrganismi.

Negli ultimi decenni, l'impegno di vari paesi, on i rispettivi piani nazionali e le relative campagne, ha consentito di raggiungere obiettivi precedentemente ritenuti di difficile realizzazione.

Alcune campagne vaccinali, nel mondo, hanno consentito di certificare all'Oms l'assenza di poliomielite nelle Americhe dal 1994, nel Pacifico orientale dal 2000 e nell'Europa dal 2002. Tutte le campagne vaccinali debbono essere coordinate tra i vari paesi, oltre che essere uniformi anche nelle aree territoriali di ciascun paese.

In Italia, il Piano Vaccinale nazionale 2012-2014 è stato approvato dall'intesa Stato-Regioni con un Calendario



**zioni 2012-2014**

5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mesi	5-6 anni	11-18 anni	>65 anni	Ogni 10 anni
<b>DTPa</b>		<b>DTPa</b>			<b>DTPa<sup>1</sup></b>	<b>dTpa</b>		<b>dT<sup>2</sup></b>
<b>IPV</b>		<b>IPV</b>			<b>IPV</b>			
<b>HBV</b>		<b>HBV</b>						
<b>Hib</b>		<b>Hib</b>						
			<b>MPR</b>		<b>MPR</b>	<b>MPR<sup>4</sup></b>		
<b>PCV</b>		<b>PCV</b>						
			<b>Men C<sup>5</sup></b>			<b>Men C<sup>5</sup></b>		
						<b>HPV<sup>6</sup> (3 dosi)</b>		
							<b>Influenza</b>	
						<b>Var<sup>7</sup> (2 dosi)</b>		

lulare per adolescenti e adulti

dT: vaccino antidifto-tetanico per adolescenti e adulti

IPV: vaccino antipolio inattivato

HBV: vaccino antiepatite B

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b

MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato

Men C: vaccino antimeningococco C coniugato

HPV: vaccino antipapilloma virus

Var: vaccino antivari cella

**Note:**

1) Dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetanico-pertossoico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).

2) Gli adulti con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione con dT devono iniziare o completare la vaccinazione prima-

ria. Un ciclo primario per adulti è composta da 2 dosi di vaccino contenente tetano e difterite (dT) e una terza dose con vaccino dTpa. Le prime 2 dosi devono essere somministrate a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra e la terza dose 6-12 mesi dopo la seconda. I successivi richiami devono essere effettuati ogni 10 anni (a partire dal completamento della serie primaria) e almeno una delle dosi booster di vaccino dT dovrebbe essere rimpiazzata da 1 dose di vaccino dTpa.

3) Per i bambini nati da madri positive per HBsAg: somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche antiepatite B, la prima dose di vaccino anti-HBV; il ciclo andrà completato con una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, con una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo ed il dodici-

cesimo mese di vita, anche in concomitanza con le altre vaccinazioni.

4) In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia d'età (catch up) anche una ricerca attiva ed immunizzazione dei soggetti conviventi/contatto, non vaccinati (mop up).

5) Dose singola. La somministrazione a 11-18 anni va considerata nei soggetti non vaccinati nell'infanzia.

6) Per il sesso femminile, nel corso del 12° anno di vita, seguendo una scheda a 3 dosi. Vaccino bivalente (contro i genotipi 16 e 18 di HPV); 0, 1 e 6 mesi; vaccino quadrivalente (contro i genotipi 6, 11, 16 e 18 di HPV): 0, 2 e 6 mesi.

7) Nei soggetti anamnesticamente negativi e non precedentemente vaccinati è prevista la somministrazione di due dosi a distanza di un mese l'una dall'altra.

vaccinale (Tab.1) emanato il 22 febbraio 2012 e pubblicato sul supplemento ordinario n. 47 alla G.U. serie gen. 60 del 12 marzo 2012<sup>5</sup>.

Il 7 marzo 2012 è stato poi presentato il “calendario vaccinale per la vita”, frutto della collaborazione tra Fimmg, Fimp (Federazione Italiana Medici Pediatri) e Siti (Società Italiana di Igiene), in gran parte sovrapponibile a quello ministeriale. In questo Calendario, vengono proposti dei richiami di vaccinazioni anche nell’età adulta, quando la risposta immunitaria tende ad affievolirsi, recuperando alle vaccinazioni soggetti che per qualsiasi motivo ne erano sfuggiti, con l’obiettivo di raggiungere una elevata copertura vaccinale omnicomprensiva, sempre per salvaguardare il singolo e la popolazione in generale.



## Una collaborazione tra medici di medicina generale, pediatri e specialisti per una copertura vaccinale sempre più capillare sul territorio

Tale proposta (Calendario Vaccinale per la Vita) mette in evidenza come i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti possano collaborare per un intervento sempre più capillare sul territorio. Questi operatori, infatti, sono già dotati di Programmi gestionali e strumenti per il reclutamento, la somministrazione, la registrazione e certificazione dei vaccini da offri-

re ai propri pazienti negli ambulatori. La Fimmg poi, con la sua Scuola di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita, sta già affrontando in modo strutturato il tema delle Vaccinazioni e la Medicina Generale, prova ne sono il Workshop realizzato nel Congresso nazionale di ottobre 2011 ed alcune prossime iniziative per promuovere sensibilizzazione e competenze nei mmg<sup>4</sup>.

Tabella 2 - Calendario Vaccinale per la Vita<sup>6</sup> Siti- FIMMG-FIMP 2012

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	5° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	>64 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa**	dTpaPV	1 dose dTpa*** ogni 10 anni		
IPV		IPV	IPV		IPV							
Epatite B	EpB- EpB*	EpB	EpB		EpB					3 Dosi Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) - 4 Dosi Post. Esposizione (0, 2, 6 settimane + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente. (0,1,2,12)		
Hib		Hib	Hib		Hib							
MPRV o MPR+V						MPRV o MPR+V		MPRV o MPR+V	MPR**** o MPR+V^	2 dosi MPR**** + V (0-4/8 settimane)		
Pneumo-cocco		PCV13	PCV13		PCV13		PCV13^^	PCV13/PPV23 (vedi note)			PCV13	
Meningo-cocco					Men C§				MenACWY coniugato	1dose		
HPV									HPV°	3 dosi fino a età massima in scheda tecnica		
Influenza				Influenza					1 dose all'anno		1 dose all'anno	
Rotavirus		Rotavirus#										
Epatite A							EpA##		EpA##	2 dosi (0-6-12 mesi)		

Vaccinazione raccomandata per l'età

Vaccinazione raccomandata per rischio

Vaccinazione indicata per l'età



È necessario pensare però ad una progettazione di una politica vaccinale nazionale e regionale che coinvolga i mmg nei loro ambulatori, considerando che le Aft (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le Uccp (Unità complesse di Cure Primarie), presenti nell'Accordo collettivo nazionale, già prevedono questa evoluzione. Non dimentichiamo poi che la Medicina Generale, con il suo settore di Medicina dei Servizi, già esprime, in modo strutturato, le competenze necessarie all'organizzazione ed alla realizzazione delle Campagne Vaccinali, così come disegnato a livello nazionale nel Calendario del Piano Vaccinale nazionale.

L'attuazione di una capillare campagna vaccinale anche nelle persone adulte si potrebbe tradurre in un forte risparmio economico per la società, una riduzione di co-

sti sociali per malattia, un aumento della produttività negli adulti in età lavorativa ed una migliore qualità di vita e maggiore autonomia, specie negli anziani.

Da queste riflessioni si può dedurre come i vaccini siano un presidio indispensabile e sicuro per migliorare le condizioni e le

aspettative di vita, la cui diffusione non può che giovare del coinvolgimento dei medici del territorio.

*\*Medico di Medicina Generale,  
Scuola Nazionale di Prevenzione  
e degli Stili di Vita*

## Bibliografia

1. W. Pasini, "Vaccinare gli adulti: chi, quando, perché" - supplemento *Alfa Waserman News and Views* - n.3 anno 1997 - pag.5
2. Carlo Signorelli "Igiene Epidemiologia Sanità Pubblica - Società Editrice Universo IV Ed. 2008 pag.200 cap. 17.2
3. *Il giornale della vaccinazione Anno III°*, N.°2 - Aprile - giugno 2011
4. *Workshop La percezione del rischio e la sua gestione in MG come fondamentale passaggio per gli interventi sugli stili di vita - 66° congresso FIMMG-METIS 5 ottobre 2011*
5. *Supplemento ordinario n.°47 alla G.U. serie gen. 60 del 12 marzo 2012*
6. *Calendario "Vaccinale per la Vita" SItI- FIMMG-FIMP 2012*

## Legenda:

IPV = vaccino antipolio inattivato

Ep B = vaccino contro il virus dell'epatite B

Hib = Vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b

DTPa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare

dTpa = vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare, formulazione per adulti

MPRV = Vaccino tetravalente per morbillo, parotite, rosolia e vari-

cella

MPR = Vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia

V = Vaccino contro la varicella

PCV13 = Vaccino pneumococcico coniugato tredici valente

MenC = Vaccino contro il meningococco C coniugato

HPV = Vaccino contro i papilloma virus

Influenza = Vaccino trivalente contro l'influenza stagionale

Rotavirus = Vaccino contro i rotavirus

Ep A = vaccino contro il virus dell'epatite A

## Note:

\*) Nei figli di madri HBsAg positive, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita, contemporaneamente alle Ig specifiche, la prima dose di vaccino. Il ciclo va completato con la 2a dose a distanza di 4 settimane dalla prima; a partire dalla 3a dose che deve essere effettuata dal 61° giorno, si segue il calendario con il vaccino combinato esavalente.

\*\*) La terza dose va somministrata ad almeno 6 mesi di distanza dalla seconda. La quarta dose, l'ultima della serie primaria, va somministrata nel 5°-6° anno. E' possibile anche utilizzare dai 4 anni la formulazione tipo adulto (dTpa) a condizione che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.

\*\*\*) I successivi richiami vanno eseguiti ogni 10 anni.

\*\*\*\*) In riferimento ai focolai epidemici in corso, si ritiene opportuno, oltre al recupero dei soggetti suscettibili in questa fascia di età (catch-up) anche una ricerca attiva dei soggetti non vaccinati (mop-up).

^) Soggetti anamnesticamente negativi per varicella. Somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥1 mese l'una dall'altra.

^^) Bambini che inizino la vaccinazione nel corso del secondo anno di vita devono eseguire due dosi; qualora iniziassero nel corso del terzo anno è sufficiente una dose singola.

L'offerta di una dose di PCV13 è fortemente raccomandata a bambini mai vaccinati o che abbiano in

precedenza completato il ciclo di vaccinazione con PCV7. Nel caso si tratti di bambini in condizioni di rischio sono raccomandate due dosi. Anche se non presente nella autorizzazione della immissione in commercio l'utilizzo nella fascia 6 - 50 anni è supportato dalla letteratura (vedi testo).

§) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita contemporaneamente in due coorti: la prima coorte a 13°-15° mese di vita e la seconda coorte a 12-14 anni. I bambini della prima coorte riceveranno tra il 12° ed il 15° anno una nuova dose di vaccino. Nei soggetti a rischio la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di

cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita

°) Solo per il sesso femminile. Somministrare tre dosi ai tempi 0, 1, 6 o 0, 2, 6 mesi (in funzione del vaccino utilizzato). Per accelerare la campagna di copertura in questa fase è auspicabile una strategia multi coorte e comunque il co-payment o social-price per le fasce d'età senza offerta gratuita.

°°) Vaccinare con il vaccino stagionale oltre ai soggetti a rischio previsti dalla Circolare Ministeriale anche i bambini che frequentano stabilmente gli asili o altre comunità. (1)

#) Con almeno offerta in co-pagamento

##) Indicazioni per aree geografiche ad elevata endemia (2 coorti, 15/18 mesi & 12 anni)

# Patologie cardiovascolari. Ecco tutte le novità, dalla prevenzione al trattamento

di Laura Berardi

Ogni anno più di quattro milioni di persone muoiono in Europa per colpa delle malattie cardiovascolari. Molti di questi decessi si potrebbero evitare solo con alcuni cambiamenti nello stile di vita: smettere di fumare, perdere peso, migliorare la propria dieta, fare esercizio fisico. Una serie di semplici buone abitudini, che sappiamo comportare benefici per la salute nel complesso, ma che hanno particolari ripercussioni sulla salute del cuore. Quest'attenzione alla prevenzione sarà proprio ciò che cambierà il volto alla cura delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, insieme alle nuove scoperte e alle nuove terapie che sono già disponibili o presto lo saranno.

## In Italia come in Europa il segreto è giocare d'anticipo

Quello della prevenzione delle patologie cardiache è un argomento quanto mai caldo in questo periodo, nel nostro paese e nell'intero continente. Ad appena un paio di mesi dal rinnovo delle Linee Guida europee per la Prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica, che verranno presentate al Congresso della Società Europea di Cardiologia EuroPrevent 2012 a Dublino a inizio maggio, ha infatti avuto luogo dall'8 al 10 marzo a Napoli il decimo Congresso Nazionale della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (Siprec). L'associazione aveva già pubblicato a dicembre l'agenda per la prevenzione 2012, con l'obiettivo di dimostrare che la prevenzione può essere fatta quotidianamente anche tra le mura di casa, in primo luogo in cucina. Ma Siprec fa un ulteriore passo in avanti, mettendo al centro di uno degli incontri del congresso il tema della nutraceutica (parola composta che deriva dai due termini nutrizione e farmaceutica). In una delle Tavole Rotonde nella tre giorni di congresso si è discusso proprio quale fosse la reale utilità dei nutraceutici, nonché di co-

*C'è chi crede che il futuro della salute del cuore sia da cercare nella nutraceutica, chi sceglie di fare ricerca in farmacologia e chi invece lavora per ottimizzare le tecniche chirurgiche. Dalla prevenzione al palloncino In.Pact, passando per la commercializzazione di Ticagrelor, ecco tutte le novità per la cura delle patologie cardiache*

me garantire la sicurezza dell'utente che fa uso di questi prodotti. "Il tema è uno degli argomenti di più grande attualità nella prevenzione cardiovascolare", aveva detto il presidente Bruno Trimarco, nel presentare il programma del decimo congresso. "Questi prodotti, che contengono sostanze presenti in natura ma in



concentrazioni più alte di quelle ordinariamente riscontrabili negli alimenti, vengono spesso pubblicizzati e commercializzati senza alcuna evidenza di efficacia. In questo modo si vanifica la pur notevole potenzialità che alcuni di essi hanno nella prevenzione cardiovascolare, associando una dimostrata efficacia clinica ad un bassissimo rischio di effetti collaterali, caratteristica che li differenzia dai farmaci”.

### Occhio alla cucina. Ma non solo: il ruolo dell'attività sportiva

L'attenzione al cibo e al regime alimentare corretto – o arricchito da nutraceutici – tuttavia non basta per mantenere sotto controllo il rischio cardiocircolatorio. Per questo, ai pazienti in cura per patologie cardiache o disfunzioni metaboliche si consiglia anche l'esercizio fisico. Ma anche su questo argomento arriva un avvertimento dal decimo Congresso Nazionale Siprec: “Un italiano su tre non fa alcuna attività sportiva, il 37 per cento pur muovendosi non arriva comunque ai 30 minuti al giorno cinque volte alla settimana raccomandati dai medici”, ha detto Trimarco durante l'evento. “Soprattutto le persone magre credono che

l'unico beneficio dell'attività fisica sia la perdita di peso. Ma non è così, le persone in forma hanno bisogno di fare movimento come le altre per stare bene e tenere sotto controllo il colesterolo”. Infatti il 25 per cento degli italiani adulti, rassicurato dal non avere problemi di peso, ad analisi più approfondite risulta “grasso dentro”. Un'informazione utile, nel momento in cui ci un medico si trova a seguire un paziente che ad un primo sguardo potrebbe sembrare sano. Un quarto di tutta la popolazione adulta ha infatti accumulato pericolosi depositi di grassi nel fegato, nelle arterie e intorno al cuore; sei milioni di concittadini senza saperlo hanno un rischio doppio di andare incontro a malattie cardiovascolari e una probabilità di sviluppare il diabete da quattro a cinque volte più alta rispetto a chi è normopeso per davvero. Persone che dovrebbero semplicemente svolgere regolarmente un'attività fisica anche non pesante, come la corsa leggera, la passeggiata in bicicletta, il nuoto. “Con questi semplici consigli i pazienti riescono a bruciare per primo proprio il grasso viscerale, disintossicando velocemente il fegato”, ha concluso il presidente Siprac. “Anche per chi ha solo un po' di pancetta o comunque il girovita non superiore ai 102 centimetri nell'uomo e gli 88 nel-

Trattamenti farmacologici delle patologie cardiovascolari	
Trattamenti antiaggreganti piastrinici	Raccomandazione
Aspirina (dose di carico: 150–300 mg – dose di mantenimento a lungo termine: 75–100 mg al giorno)	Tutti i pazienti che non presentano controindicazioni
Inibitori del recettore P2Y12 (per 12 mesi)	Tutti i pazienti che non presentano controindicazioni come sanguinamento eccessivo
Inibitori della pompa protonica	Pazienti con una storia di emorragie gastrointestinali o ulcera peptica; appropriato anche per pazienti con ulteriori fattori di rischio
Ticagrelor (dose di carico: 180mg – dose di mantenimento: 90mg al giorno)	Tutti i pazienti che presentano rischio moderato o alto di eventi ischemici, a prescindere dalla terapia iniziale (inclusi i pazienti pretrattati con clopidogrel)
Prasugrel (dose di carico: 60mg – dose di mantenimento: 10mg al giorno)	Pazienti sprovvisti di antagonisti del recettore P2Y12 (soprattutto diabetici) nei quali l'anatomia coronarica sia nota o che devono essere operati per angioplastica coronarica (a meno che non ci sia alto rischio di controindicazioni come sanguinamento eccessivo o altre)
Clopidogrel (dose di carico: 300mg – dose di mantenimento: 75mg al giorno)	Pazienti che non possono assumere Ticagrelor e Prasugrel
Clopidogrel (dose di carico: 600mg)	Pazienti che non possono assumere Ticagrelor e Prasugrel, che hanno in programma un intervento invasivo

la donna, limiti oltre cui la presenza di un problema è certa, il consiglio dovrebbe essere quello di praticare almeno tre-quattro volte alla settimana attività aerobica per non accumulare grasso viscerale e smaltire quello in eccesso”.

### Oltre la prevenzione. Le novità in campo farmacologico

Vista l'enorme diffusione che hanno, per sconfiggere le patologie cardiovascolari non ci si può tuttavia accontentare soltanto di giocare d'anticipo, ma si deve fare affidamento sulla ricerca clinica e chirurgica. Per fortuna, infatti, sempre più opzioni sono disponibili per i medici che hanno in cura pazienti affetti da problemi cardiaci: tra le ultime, da poco reperibili anche in Italia, figurano sia nuovi farmaci approvati e distribuiti che alcune opzioni innovative per gli interventi di angioplastica. Oltre alla più classica aspirina, ad esempio, in Italia è da poco disponibile una nuova terapia farmacologica: si tratta del ticagrelor, principio attivo di un antiaggregante piastrinico di nuova generazione, distribuito su territorio nazionale solo da quest'anno. Primo farmaco di una nuova classe chimica di antagonisti del recettore P2Y12 – denominata ciclo-pentiltriazolo-pirimidina (CPTP) – ticagrelor in associazione con l'aspirina, è indicato per la prevenzione di eventi cardiovascolari in pazienti adulti affetti da sindrome coronarica acuta, compresi i pazienti trattati con la sola terapia medica, sottoposti ad angioplastica o all'impianto di bypass aorto-coronarico per ripristinare la pervietà delle arterie coronariche occluse. L'approvazione e la commercializzazione del farmaco sono avvenute a seguito dei risultati dello studio PLATO (PLATElet inhibition and patients Outcomes), trial di confronto multicentrico e randomizzato che ha valutato positivamente efficacia e sicurezza della terapia orale, in confronto alla terapia standard con clopidogrel. La sperimentazione è stata condotta su 18.624 pazienti in 43 paesi ed ha dimostrato che il farmaco è efficace nel ridurre del 16% il rischio combinato di infarto miocardico, morte cardiovascolare, ictus in pazienti affetti da



**Da poco disponibile in Italia una nuova terapia farmacologica, che utilizza un antiaggregante piastrinico di nuova generazione, antagonista del recettore P2Y12**

sindrome coronarica acuta. In particolare, il farmaco ha riportato dei risultati molto soddisfacenti per quanto riguarda la morte cardiovascolare, con una riduzione del 21% del rischio relativo rispetto alla terapia standard, e un buon profilo di rischio emorragico. Ticagrelor, prodotto da AstraZeneca, è infatti menzionato nelle principali Linee Guida europee, americane e canadesi e ha, inoltre, ottenuto ad oggi l'autorizzazione al commercio in 65 paesi nel mondo.

### Cosa c'è di nuovo sul fronte della chirurgia interventistica

Ma le novità, come già accennato, non arrivano solo in campo farmacologico. Talvolta, al ruolo dei medici di medicina generale si deve affiancare anche quello dei medici chirurghi. Dal congresso internazionale di cardiologia interventistica JIM - Joint Interventional Meeting, tenutosi a Roma dal 9 all'11 febbraio, emerge che il palloncino a rilascio di farmaco In.Pact (Drug-Eluting Balloon – Deb), tecnologia per angioplastica più recente, sia più efficace rispetto allo stent (Drug-Eluting Stent – Des) per il

trattamento del restringimento o della stenosi dei piccoli vasi coronarici. Lo studio che lo ha dimostrato, “Bello” (Balloon Elution and Late Loss Optimization), è un trial italiano condotto dai ricercatori della Fondazione San Raffaele del Monte Tabor a Milano per il quale sono stati arruolati 182 pazienti in 15 ospedali italiani. Entrambi i dispositivi, infatti, sono a rilascio di paclitaxel: tuttavia, mentre gli stent sono impianti permanenti, i palloncini sono dispositivi gonfiati temporaneamente per rilasciare il farmaco all'interno delle pareti del vaso e vengono successi-



vamente rimossi, senza alcun impianto. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi, con caratteristiche cliniche di base simili e con le stesse percentuali di follow-up angiografico a sei mesi (85.1% nel gruppo dell'In.Pact Falcon Deb; 83.5% nel gruppo Taxus Des). La ricerca ha dimostrato una superiorità statisticamente significativa del dispositivo In.Pact Falcon Deb rispetto a Taxus Des. L'endpoint primario della perdita luminale tardiva in stent (in-stent late lumen loss) a sei mesi, infatti, è stata di  $0.09 \text{ mm} \pm 0.38 \text{ mm}$  per In.Pact Falcon Deb rispetto a  $0.30 \text{ mm} \pm 0.40 \text{ mm}$  del Taxus Des ( $p=0.001$ ).

Un risultato sorprendente, se si pensa che circa i due terzi dei vasi trattati (64,9%) col nuovo metodo presentava un diametro inferiore a 2.25 mm, per il quale ad oggi non è indicato alcuno stent. A seguito dell'intervento il paziente dovrà comunque continuare ad essere seguito dal suo medico curante, per poter prevenire o riconoscere tempestivamente le possibili complicanze cardiache. A sei mesi queste sono simili tra i due metodi studiati, seppur lievemente minori per quello più innovativo: eventi



cardiaci avversi maggiori si sono presentati nel 10% dei casi con In.Pact contro i 16,3% con il Des; l'infarto del miocardio si è avuto nell'1,1% dei casi per il primo gruppo e nel 5,5% di quelli del secondo; una rivascolarizzazione della lesione target si è presentata nel 4,4% dei pazienti su cui era stato impiegato Deb, contro i 7,7% con lo stent; la rivascolarizzazione del vaso bersaglio si è avuta nel 7,8% dei casi col primo metodo, contro l'11% del secondo.

Le percentuali di decesso a sei mesi erano invece uguali, pari a 1,1% dei pazienti in entrambi i gruppi. Tra prevenzione e trattamento, sono dunque molte le opzioni che oggi si presentano ai medici che trattano le patologie cardiocircolatorie. Per capire quali saranno quelle che sconfigureranno una delle piaghe cliniche più pesanti della società c'è ancora da aspettare, ma già si intuisce che per vincere c'è bisogno di giocare di anticipo, ma anche di saper partire al contrattacco. In entrambi i casi, il ruolo del medico di medicina generale sembra essere centrale.

## Dal futuro. Le promesse della ricerca

**Seppure alcune non saranno disponibili ancora per molto tempo, il 2012 ha portato numerose innovazioni nel trattamento e nella cura delle patologie cardiovascolari. Ecco le quattro migliori.**

- **Staminali?** Sì, ma adulte. Se da anni si sapeva di poter prendere cellule adulte e differenziate e trasformarle in cellule "staminali", simili a quelle embrionali, da oggi uno studio italiano dimostra come sia possibile usare quest'ultime per favorire la rigenerazione dei cardiomiociti. La ricerca è stata condotta dal Cnr e dall'Irccs MultiMedica e pubblicata sulla rivista *Cell Death and Differentiation*. (doi: 10.1038/cdd.2011.205)
- **Rigenerare i tessuti.** Col gel a base d'acqua. Ricercatori dell'Università della California San Diego hanno sviluppato un gel a base d'acqua, iniettabile direttamente nel cuore, nel quale sono sospesi piccoli pezzetti di tessuto connettivo cardiaco: questo sarebbe capace di stimolare la riparazione della parte danneggiata e prevenire ulteriore deterioramento. L'idrogel è descritto sulla rivista *Journal of the American College of Cardiology*. (doi:10.1016/j.jacc.2011.10.888)
- **Il pacemaker che funziona con il cuore.** L'idea di trasformare l'energia dei movimenti in corrente elettrica solletica l'immaginazione degli ingegneri già da qualche tempo. Ma una ricerca di alcuni scienziati dell'Università del Michigan mostra come questa idea potrebbe essere usata per alimentare i pacemaker: i ricercatori hanno ideato e descritto su *Applied Physics Letters* un dispositivo che immagazzina l'energia che riverbera dal battito cardiaco e la converte in elettricità. (doi: 10.1063/1.3679102)
- **Ictus:** la soluzione meno tempestiva. Per evitare i danni permanenti al cervello, spesso letali, a seguito di un ictus, c'è un solo modo: agire in fretta. Ma non sempre i pazienti riescono ad essere trattati entro il tempo limite per cui la mancanza di ossigeno al cervello diventa troppo prolungata. Un farmaco sperimentale testato dal Toronto Western Hospital in Canada e presentato su *Nature* potrebbe però oggi risolvere questo problema, allungando i tempi di azione fino a tre ore. (doi:10.1038/nature10841)

Oltre 10.000  
visitatori unici  
giornalieri\*

\*Fonte: Google Analytics



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

# quotidiano sanità.it

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

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

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

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

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA



Edizioni Health Communication



# Prevenzione e stili di vita: un Convegno a Roma

di Walter Marrocco\*



**Alimentazione equilibrata, controllo del peso corporeo, attività fisica: un corretto stile di vita è la più radicale forma di prevenzione**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Questa definizione porta inevitabilmente alla identificazione della salute come benessere sociale e qualità di vita ottimale, risultanze di uno stile di vita.

Alfred Adler, medico e psicologo austriaco, ha proposto il concetto di "stile di vita" quale interpretazione di se stessi all'interno della realtà nella quale si è naturalmente inseriti, cioè un modo di vivere impostato secondo modelli comportamentali risultanti dall'interazione dell'individuo con l'ambiente e la società in cui vive.

Nell'interagire con l'ambiente e società è importante cercare di eliminare da queste gli elementi di disturbo modificabili, che possono incidere negativamente sull'individuo, il che, in ultima analisi, vuol dire fare prevenzione.

Il concetto di "preveni-

re", venire prima, significa anticipare le noxa (danno) cui si può andare incontro ed è presente nel pensiero filosofico e medico fin da quando sono nate la filosofia e la medicina.

Questo concetto e questa affermazione sono stati pienamente validati dalla scienza attuale che mette in risalto la prevenzione come base per una vita sana, definendola "l'insieme di misure di profilassi idonee a evitare l'insorgenza di determinate malattie nell'ambito di una popolazione sana, o anche ad evitare l'aggravarsi di malattie esistenti".

La prevenzione nel corso dei secoli ha avuto una inevitabile evoluzione, partendo da posizioni esclusivamente mediche per aprirsi al concetto più ampio di stile di vita.

La prevenzione in sé e la prevenzione come stile di vita sono però concetti difficili da concretizzare perché i loro risvolti positivi sono evidenziabili solo a distanza di molto tempo, spesso di generazioni. In una società come l'attuale, in cui i risultati devono per forza essere immediati e facilmente spendibili, anche da un punto di vista politico, è complesso trasmettere il concetto di prevenzione a una popolazione pur culturalmente evoluta.

I costi sociali della prevenzione, poi, sono indubbiamente elevati, ma il risparmio/guadagno è sicuramente maggiore anche se meno visibile nel brevissimo periodo.

Un corretto stile di vita è oramai dimostrato essere un validissimo strumento di prevenzione delle malattie cronicodegenera-

tive, vere e proprie epidemie, quali quelle cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, neoplastiche. I cardini classici, ma non unici, di intervento possono essere:

- corretta alimentazione;
- controllo del peso;
- attività fisica.

A nostro giudizio, la cultura di un sano stile di vita, deve prendere atto sia dei "vecchi" problemi, sia delle enormi novità che la società ed il mercato ci propone, e delle conseguenti scelte anche commerciali, che fanno sempre più parte della nostra quotidianità. Deve altresì aprirsi a tematiche e strumenti nuovi che una società così complessa richiede; ad esempio occorre introdurre un approccio maturo allo strumento delle vaccinazioni, che non possono più corrispondere solo ad un desiderio di protezione individuale, ma devono piuttosto esprimere una maggiore sensibilità alla prevenzione ed alla promozione di salute intesa come un bene della collettività. Diffondere la cultura di un corretto stile di vita è impresa ardua, ma agire più incisivamente sui comportamenti del singolo e della comunità, partendo dalla scuola e passando attraverso l'impegno del mondo scientifico, inclusa la Medicina Generale, con una maggiore sensibilizzazione della classe politica, potrà trasformare in realtà ciò che, ancor oggi, ha troppi elementi di utopia.

*\*Direttore della Scuola nazionale degli Stili di Vita Fimmg- Metis*





## Prevenzione e Stili di Vita: Strumenti per una Società che cambia

27 aprile 2012

Aula Pocchiarri - ISS - Roma

Orario	Titoli	Relatore
8,30	<b>Registrazione partecipanti</b>	
9,00	<b>Introduzione ai lavori</b> Romano Marabelli*, Umberto Agrimi, Giacomo Millio	
<b>Moderatori:</b> Waifer Marrocca / Umberto Agrimi		
9,20	Metamorfosi della prevenzione: da fattori protettivi a fattori da prevenire	Andrea Pali
9,40	La Percezione e la Comunicazione del Rischio	Daniela Livadiotti
10,00	Obesità: realtà da prevenire	Michele Carruba
10,20	Stili di vita: dall'alimentazione alla prevenzione globale	Lorenzo Maria Donini
10,40	Interferenti Endocrini e Sicurezza Alimentare	Alberto Mantovani
11,00	Caffe break	
<b>Moderatori:</b> Gallieno Mari, Silvia Barrella*		
11,15	L'Educazione scolastica come strumento di prevenzione	Antonio Pio D'Inglanno
11,35	Le vaccinazioni: la Prevenzione come Stile di Vita	Italo Guido Ricagni
11,55	Alimenti Funzionali: uso presente e futuro	Amedeo Schipani Daniele Campisi
12,15	Dolcificanti intensi aocalarici: tra luci e ombre	Antonio Verginelli Gallieno Mari

\* in attesa di conferma.



<b>Orario</b>	<b>Titoli</b>	<b>Relatore</b>
12.35	Diabete mellito: dalla prevenzione al trattamento dell'anziano. Un progetto di Ricerca da e per la MG	Andrea Pizzini Diego Giroffo
12.55	Allattamento materno, primo tra gli stili di vita da incoraggiare ed implementare	Marco Silano
13.15	Discussione	
13.30/14.30	Lunch	

#### **Moderatori:**

*Alfredo Grò, Francesco Filippo Morblato*

14.30	Residui chimici negli alimenti e sicurezza alimentare: "indicazioni per l'uso"	Paolo Stacchini
14.50	Minivideo Educazionali	Daniele Campisi Nadia Bauzulli
15.00	Il benessere a tavola attraverso la tradizione culinaria dell'area costiera abruzzese-molisana	Roberto Casaccia
15.20	Storia e biodiversità del Sud Pontino: un binomio indissolubile per la salute	Maria Solis Giuseppe Nocca
15.40	La stagionalità dei prodotti agroalimentari: mangiare secondo natura per coniugare salute e piacere a tavola	Vincenzo Marabito
16.00	Discussione Test di valutazione	

#### **Direzione Scientifica**

Water Marocco, Ivana Purificato

#### **Comitato Scientifico**

Daniele Campisi, Michele Caruba, Roberto Casaccia, Antonio Pio D'Ingianna, Lorenzo Maria Donini, Luana Ferri, Antonella Galí, Antonella Gazzellone, Diego Giroffo, Daniela Livadiotti, Alberto Mantovani, Gallieno Mari, Giacomina Milla, Vincenzo Marabito, Giuseppe Nocca, Andrea Pizzini, Andrea Pol, Itala Guido Ricagni, Amedeo Schipani, Marco Silano, Maria Solis, Paolo Stacchini, Antonio Verginelli.

#### **Segreteria Organizzativa**

Claudia Cacace, Gianmarco Marocco, Maria Teresa Papaluca, Nicolò Solmi

#### **Per informazioni ed iscrizioni:**

FIMMG - Piazza Guglielmo Marconi 25, Roma | Tel 06 548 966 27/25 | [aristeta@fimmg.org](mailto:aristeta@fimmg.org)

Modulo iscrizioni online disponibile all'indirizzo:

[oid.fimmg.org/alimentazione/convegni/2012/aprile/modulo\\_iscrizioni.html](http://oid.fimmg.org/alimentazione/convegni/2012/aprile/modulo_iscrizioni.html)



## Un sito internet europeo contro il dolore cronico

Un cittadino europeo ogni quattro soffre di dolore cronico acuto, una condizione che abbassa la qualità della vita, costa allo Stato e aumenta i costi sanitari. Per fornire più informazione su questo problema è nato il nuovo sito internet della Pain Alliance Europe (PAE), rete paneuropea di 18 organizzazioni non governative provenienti da 11 paesi dell'UE il cui scopo è quello di sollecitare interesse e creare consapevolezza sul problema del dolore cronico a livello europeo. Il sito è stato presentato ufficialmente al Parlamento Europeo alla fine di marzo. Sono 100 milioni solo nei 27 Paesi dell'Unione Europea, ovvero un Europeo su quattro, a soffrire di dolore cronico acuto.

Numeri enormi, soprattutto se si pensa che metà di questi non riceve alcun trattamento o addirittura non viene presa sul serio: mentre il dolore reumatico, ortopedico ed oncologico sono riconosciuti come patologie, con numerose associazioni che si battono perché venga riconosciuto il loro status di malattia e affinché i pazienti ricevano trattamenti adeguati, il dolore cronico come malattia è praticamente sconosciuto ai professionisti della sanità e all'opinione pubblica in generale.

Il 21% dei pazienti europei affetti da dolore cronico è infatti impossibilitato a lavorare, e tra questi, il 61% ha dichiarato che la malattia ha fortemente condizionato il proprio status a livello lavorativo. Secondo il Pain Proposal European Consensus Report, il dolore

cronico costerebbe all'Europa 300 miliardi di euro all'anno. La prevalenza del dolore cronico acuto è più alta in Norvegia, seguita da Polonia e Italia.

## In farmacia la pillola dei 5 giorni dopo

Arriva anche in Italia la pillola dei 5 giorni dopo, il nuovo farmaco contraccettivo d'emergenza a base di Ulipristal acetato, disponibile nelle farmacie italiane a partire dal 2 aprile scorso. Maggiore efficacia e tollerabilità sono i suoi punti forti, come hanno spiegato gli esperti nel corso di una conferenza stampa promossa per illustrare l'azione del nuovo farmaco. Utilizzato entro le prime 24 ore dal rapporto è tre volte più efficace delle vecchie preparazioni a base di Levonorgestrel, e due volte di più nelle prime 72 ore. Inoltre, la nuova pillola può essere assunta dalle donne fino a cinque giorni dopo il rapporto non adeguatamente protetto e quindi a rischio di gravidanza non desiderata.

Il farmaco richiede una ricetta medica non ripetibile. Prima della prescrizione il medico è tenuto a verificare l'assenza di una gravidanza preesistente attraverso l'esito negativo di un test a base di beta Hcg. Test che la donna può effettuare anche con un semplice stick sulle urine reperibile nelle farmacie. Come ha sottolineato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la contraccezione di emergenza agisce evitando il concepimento e non ha effetti abortivi. La nuova pillola va assunta il prima possibile e non oltre le 120 ore dal rapporto non protetto o anche dopo l'uso di un altro metodo contraccetti-

vo non adeguatamente utilizzato (ad esempio quando la donna ha dimenticato di assumere 2-3 o più pillole anti-concezionali, c'è stato un distacco del cerotto, la rottura di un preservativo) e nei casi in cui si sia registrata una violenza sessuale.

Non può quindi, e non deve mai, sostituire un metodo contraccettivo di routine.

## L'Aifa apre il percorso alla registrazione dei farmaci omeopatici

"È di questi ultimi mesi un'intesa attività di dialogo con Aifa, che sta dedicando un'intensa attenzione al nostro settore, indirizzata a raggiungere in piena collaborazione il traguardo del 2015, data entro la quale i medicinali omeopatici attualmente sul mercato dovranno essere registrati". Fausto Panni, presidente di Omeoimprese, ha presentato così l'avvio di un percorso di raccolta dati da parte dell'Aifa riguardo ai farmaci omeopatici. Il primo passo è la creazione di un data base dei 30mila prodotti omeopatici commercializzati in Italia, che è premessa necessaria ad una successiva possibile fase di registrazione.

Quello dell'omeopatia è, in Italia, un mercato in continua crescita. I dati raccolti da Omeoimprese tra i propri associati, che rappresentano il 90% del mercato, indicano per il 2011 una crescita media di circa il 3%, per un totale di circa 162 milioni di euro corrispondente a un sell-out (venduto in farmacia) di circa 325 milioni di euro. Le confezioni vendute nel 2011 sono state quasi 28 milioni.

**am**  
AVVENIRE MEDICO

**Mensile della Fimmg**  
piazza G. Marconi 25 00144 Roma  
Telefono 06.54896625  
Telefax 06.54896645  
Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

**Direttore**  
Giacomo Milillo

**Direttore Responsabile**  
Michele Olivetti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

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

**Coordinatore editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Fabio Balistreri, Laura Berardi,  
Lucia Conti, Fiorenzo Corti,  
Bruno Cristiano,  
Paolo Giarrusso,  
Walter Marrocco,  
Ester Maragò,  
Stefano Nobili, Italo Guido  
Ricagni, Giovanni Rodriguez,  
Fabio Maria Vespa

**Progetto grafico**  
Giancarlo D'Orsi

**Ufficio grafico**  
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare  
nel mese di marzo 2012  
Registrazione  
al Tribunale di Bologna  
n. 7381 del 19/11/2003  
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a

**A.N.E.S.**  
AGENZIA NAZIONALE  
PER LE TESTATE ASSOCIATE

Editore



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

**CSST** CERTIFICAZIONE  
LA QUALITÀ DELLA PUBBLICITÀ  
E DELLA DIFFUSIONE

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

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



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



# Steroli vegetali

## un aiuto contro il **COLESTEROLO**

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

### Steroli vegetali per aiutare a controllare il colesterolo

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

Gli **steroli vegetali** sono molecole strutturalmente simili al colesterolo, che svolgono un'azione **ipocolesterolemizzante**, riducendo l'assorbimento del colesterolo.<sup>1,2</sup>

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

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

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

Elevati livelli di omocisteina plasmatica (Hcy) sono da considerarsi un rischio cardiovascolare poiché aumentano il colesterolo LDL e favoriscono la formazione delle placche aterosclerotiche.<sup>6,7</sup>

L'assunzione di **Acido Folico, Vitamina B6 e Vitamina B12** favorisce una riduzione dell'omocisteina plasmatica.<sup>8</sup>



Completo <sup>9</sup>A <sup>9</sup>Zinco<sup>9</sup>

1. J. S. Tien, J. H. H. et al. *Phytotherapy Research* 2005; 19(12): 1000-1004.  
2. *Journal of the American College of Nutrition* 2004; 13(4): 200-204.  
3. *Medical Daily* 2004; 1(1): 1-4.  
4. *Journal of the American College of Nutrition* 2004; 13(4): 200-204.  
5. *Journal of the American College of Nutrition* 2004; 13(4): 200-204.  
6. *Journal of the American College of Nutrition* 2004; 13(4): 200-204.

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