

DA UN SISTEMA DI LINEE GUIDA AD UN SISTEMA DI RETE

FIRENZE, 25-27 NOVEMBRE 2010
PALAZZO DEI CONGRESSI

2

L'intervento di Fazio ha chiuso la seconda giornata, grande riconoscimento alla Società scientifica

"Alla SIMG mi sento a casa, grazie per il vostro lavoro"

Cricelli: "Va misurata la salute che produciamo ogni giorno, Ministro dai le ali alla Medicina Generale"

"Cari colleghi, mentre stavo seduto in mezzo a voi mi sono reso conto di non essermi mai considerato così medico come da quando ho iniziato questa avventura due anni e mezzo fa. In particolare nella mia vita professionale precedente ero piuttosto distante da quello di famiglia ora invece, qui al vostro congresso mi sento a casa mia – l'intervento del Ministro Ferruccio Fazio ha espresso una grande sintonia con la SIMG e la sua visione. Parole che l'auditorium colmo ha seguito con partecipazione e condiviso con frequenti applausi. Il Ministro ha sottolineato la sua ferma intenzione di sostenere la medicina del territorio, come ben è espresso nel Piano sanitario: "Il nostro è un buon sistema, universalistico ma spalmato sulle regioni, in modo da essere radicato ma non "pachidermico". Dove possiamo migliorare? Nell'offrire al cittadino che si ammala dei percorsi di cura. Oggi ancora non esistono, e i tanti codici bianchi e verde nei pronto soccorso ne sono la dimostrazione concreta. Il medico di famiglia è il guardiano che accoglie il paziente, ne articola la diagnosi sul territorio, ne prevede – quando è indispensabile – il ricovero, lo segue idealmente mentre si trova in ospedale per poi attenderlo ed accompagnarlo nella riabilitazione, in un'ottica di continuità assistenziale, in sinergia con strutture dedicate. Questo è il disegno che ha ispirato il nostro Piano Sanitario". Fazio ha ricordato alcuni progetti di SIMG particolarmente importanti per raggiungere questi obiettivi: "SISSI, MilleGPG, si sviluppano secondo la doppia direttrice di articolazione del percorso e di valutazione dell'appropriatezza e rappresentano esempi di eccellenza. Ma il medico di famiglia dovrà avere sempre più un ruolo di educazione perché la prevenzione dovrà essere spalmata fra tutti gli attori del sistema, divisa in primaria, secondaria e terziaria. La presa in carico deve essere globale e completa secondo due linee parallele: multidimensionale (fisica, psicologica e culturale) e temporale, nelle varie fasi di sviluppo della malattia, sempre tenendo presente che la relazione di fiducia con il paziente deve esserne la linea ispiratrice". Il Ministro ha poi ripercorso i punti di forza di questo suo mandato: "L'informatizzazione: con voi ho vinto la battaglia dei certificati on line, vi garantisco che – finché resterò al



mio posto – non vi saranno sanzioni prima che la rete sia a regime. Oggi va potenziata la telemedicina che sarà uno strumento utilissimo per la continuità. Stiamo poi riorganizzando le reti regionali, cliniche ed ospedaliere, mantenendo fisso il principio che nelle regioni con i piani di rientro prima va potenziato il territorio e solo poi tagliati i posti letto. Non si possono chiudere gli ospedali, pur se privi dei requisiti oggi necessari, se non si trova una soluzione diversa sul territorio. Pur di mantenere questa posizione siamo disposti a deroghe, come abbiamo già fatto per esempio in Sicilia, ovviamente predisponendo allo stesso tempo idonei controlli. Altri obiettivi raggiunti sono il riconoscimento delle Società scientifiche, ormai prossimo, la formazione nella medicina generale, la ricerca: i protocolli SIMG-AIFA stanno originando grande soddisfazione per metodologia di appropriatezza. Senza il vostro lavoro il governo non avrebbe potuto inserire nella manovra il punto su quella dei farmaci. Stiamo insieme cercando di definire la ri-creazione della medicina generale – ha concluso il Ministro –, lavorando ad un nuovo contratto e sono personalmente molto favorevole all'introduzione di metodi di appropriatezza, da verificare anno per anno". Claudio Cricelli, che ha aperto la casa della SIMG al Ministro Fazio, ha

ribadito l'apprezzamento per quanto previsto dalla bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. E ha ricordato i principi ispiratori della SIMG: giustificazione e valore da un lato, logica ed etica dall'altro. "Il SSN deve raggiungere un aumento della sua efficienza senza precedenti. Un processo che mira ad una ottimizzazione delle risorse del 25% rispetto alla allocazione attuale. Il Piano accoglie per la prima volta il concetto di accountability, del rendere conto, oltre a quelli di accessibilità, equità e performance globale a livello di sistema fino al singolo operatore". L'appello del Presidente alla necessità di garantire stabilità ai principi cardine della politica sanitaria, al di là dei cambiamenti politici, ha raccolto l'applauso dell'auditorium. "Va misurata la salute che 'produciamo' – ha sottolineato Cricelli – e i costi standard devono valutare gli outcome. Per la prima volta il PSN attribuisce un ruolo rilevante alle cure primarie, che devono assicurare continuità assistenziale e valutare gli esiti di salute generata. Noi siamo gli unici ad aver sottolineato il nostro apprezzamento per il Piano, non per piaggeria ma perché riteniamo che sia fondamentale realizzare gli obiettivi indicati in quel documento". Cricelli ha ricordato che il Trattato di Medicina Interna presentato giovedì rappresenta il ponte tra le culture pratiche delle diverse professioni mediche e che il Ma-

ster di II Livello in Medicina Generale serve a formare professionisti preparati. "Vogliamo la qualità delle cure – ha affermato Cricelli –, eliminare la burocrazia, restituire la responsabilità ai prescrittori, abolire il piano terapeutico, rendere obbligatoria l'informazione sui farmaci innovativi. Noi non abbiamo rendite da difendere. Siamo gli unici professionisti del SSN di cui si sa tutto, perché siamo trasparenti e perché abbiamo strumenti informativi". I medici di medicina generale della SIMG hanno potenti infrastrutture di ricerca, studiano i farmaci e il loro utilizzo e si avvalgono di mezzi per migliorare la salute dei cittadini. "È indispensabile – ha evidenziato Cricelli – una nuova grande conferenza sulla salute che ribalti la logica del sistema e definisca un patto primario con i medici generali con i tempi, i modi e le risorse per assicurare il cambiamento organizzativo. L'assenza di un modello che premi la qualità e gli obiettivi impedisce di ottenere i risultati e di spingere verso alti livelli qualitativi il sistema". A chiudere un appello: "Ministro, dai le ali alla Medicina Generale", ha concluso Cricelli. Nella sessione politica sono intervenuti anche, tra gli altri, Sergio Dompè, Guido Rasi, Giorgio Foresti, Walter Ricciardi e Lorenzo Mantovani.



Al Congresso SIMG presentato il primo rapporto nazionale sull'assistenza domiciliare

Cure palliative: il mmg solo riferimento per 6 milioni di italiani

Lora Aprile: “Sono necessari più infermieri e organizzazione: con una rete efficiente possono bastare 8 euro l'anno procapite per garantirle ad ogni paziente”. Buono il livello dove opera personale specifico

L'adeguata assistenza domiciliare per seguire un paziente in fase terminale di malattia è oggi un miraggio per il 60% degli italiani, circa 36 milioni di persone. E per ben 6 milioni, l'unica figura di riferimento è il medico di famiglia. Sono i dati del Rapporto Monitor presentato ieri in anteprima in conferenza stampa al Congresso SIMG: “Per la prima volta si è realizzata in Italia un'indagine a tappeto che ci ha permesso di scattare una fotografia completa ed aggiornata e di capire quali sono i punti deboli – afferma **Pierangelo Lora Aprile**, Responsabile dell'Area Cure Palliative SIMG –. Noi siamo di fatto, in alcune realtà del Paese, l'unico baluardo che sta affrontando l'assistenza ai malati in fase terminale a livello capillare sul territorio. Il problema è organizzativo”. “Per costruire una rete nazionale delle cure palliative, come vuole la recente legge 38 del 2010, occorre integrare la presenza degli hospice, con quella di cure domiciliari adeguate – afferma **Giovanni Zaninetta**, Presidente della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) –. E queste ultime devono possedere gli stessi standard di qualità su tutto il territorio nazionale”. **Gianlorenzo**

Scaccabarozzi, Direttore del Dipartimento della Fragilità di Lecco propone una ricetta: “Occorre che lo sviluppo della rete nei suoi nodi fondamentali (casa, hospice, ospedale) diventi una priorità nella programmazione regionale e locale, attraverso obiettivi specifici di mandato per i Direttori generali. Oggi non è così. A questa prima ricerca, compiuta a livello nazionale hanno risposto ben il 97% delle Asl e centinaia di Centri. Emerge, purtroppo, che le cure palliative restano spesso l'espressione dell'iniziativa singola”. “Questo report ha un duplice obiettivo – spiega **Fulvio Moirano**, Direttore dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) -: da un lato, offre l'opportunità al sistema dei professionisti di verificare lo stato dell'arte, prendendo atto delle differenze regionali e distrettuali che ancora permangono. Dall'altro, analizza la percezione che di queste cure hanno gli operatori sanitari, esplorando le opinioni, il livello di conoscenza del problema, le attitudini e i comportamenti dei principali professionisti dell'assistenza domiciliare in ogni Regione”. Su questo fronte i risultati sono incoraggianti: la cultura media è



buona e il servizio, dove esiste, raggiunge livelli di eccellenza. Il 53% garantisce una continuità assistenziale sulle 24 ore ed il 45% una pronta disponibilità medico-infermieristica. “Il 93% di noi è pronto a gestire il paziente terminale a casa, ma chiede di poter essere aiutato da un'equipe formata – conclude **Claudio Cricelli** – buone le conoscenze anche sul fronte farmaci: il

92% sa che non vi sono limiti alla dose massima di morfina, un importante indicatore di appropriatezza. Esistono però ambiti di miglioramento, ad esempio sul livello di prescrizione degli oppiacei, che in Italia è ancora troppo basso. Per questo, anche in questo nostro congresso nazionale abbiamo dedicato così ampio spazio a questo tema”.

L'Incident Reporting per prevenire errori ed eventi avversi

“Il rischio clinico è uno degli elementi fondamentali della governance e impone la necessità di possedere una serie di conoscenze per prevenire gli errori e individuarli attraverso adeguati strumenti di analisi”. Giorgio Carlo Monti, responsabile dell'Area Management della SIMG, commenta gli obiettivi del progetto *Incident Reporting*. “La nostra Società ha introdotto questo concetto già negli anni scorsi,



perché pensiamo sia fondamentale diffondere la cultura del rischio clinico e fare in modo che i medici familiarizzino con strumenti e metodi di prevenzione dell'errore, come appunto l'*Incident Reporting*. Il sistema prevede una scheda per la segnalazione spontanea degli incidenti, che deve essere compilata e inviata via internet; l'attribuzione di un codice e la classificazione dell'errore da parte del Team di analisi SIMG; la registrazione degli eventi e delle loro cause per catalogare le informazioni e utilizzarle a fini formativi; un feedback per il medico segnalatore, attraverso un canale codificato anonimo. Ieri sono stati presentati i risultati del primo anno di attività del sistema (fino al 30 giugno 2010)”. Il report completo può essere visualizzato e scaricato sul sito www.preveniamoilrischio.it. “L'innovazione del sistema *Incident Reporting* è stata dettata dalla consapevolezza che al giorno d'oggi i migliori outcomes possibili in sanità sono ottenibili attraverso performance non solo efficaci, ma sempre più sicure – afferma Monti –. Questo aspetto ha evidenziato l'esigenza di realizzare ed introdurre nella pratica professionale strumenti che permettessero l'identificazione di “eventi indesiderati” e la successiva analisi delle loro cause. Non esistono in Italia sistemi di rilevazione di eventi avversi in medicina del territorio per una scarsa sensibilizzazione al problema, un'antica cultura dell'errore che porta a “colpevolizzare chi lo commette” e per una legislazione penalizzante e sfavorevole. Questa invece va considerata un'eventualità sempre possibile, che può e deve essere identificata e segnalata. Solo attraverso una sua attenta valutazione ed analisi è possibile scoprirne le cause ed identificarne i fattori determinanti. Con questa iniziativa SIMG intende realizzare un sistema basato sulla segnalazione spontanea di ogni “evento”. La raccolta e l'analisi di queste segnalazioni consentiranno di costruire un database nazionale sull'errore in medicina generale, quale strumento di crescita e miglioramento professionale”.

Il nostro Paese non raggiunge il gold standard sulla segnalazione degli eventi avversi OMS

“La farmacovigilanza diventi ECM”

Ferrazin (AIFA): “Il sistema può migliorare anche con campagne di sensibilizzazione”

“È necessario considerare la farmacovigilanza un servizio di sanità pubblica, in Italia manca una cultura diffusa su questo tema”. Fernanda Ferrazin, Dirigente dell'Ufficio di Farmacovigilanza dell'AIFA, si rivolge ai medici di famiglia per promuovere cambiamenti in grado di migliorare il modello attualmente in vigore. I dati sulla sicurezza dei farmaci vengono ricavati da diverse fonti: segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse, studi, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche. In particolare, le segnalazioni spontanee di reazioni avverse a farmaci (ADR) vengono raccolte mediante la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), un network esteso su tutto il territorio nazionale. La rete di farmacovigilanza è, inoltre, in collegamento operativo con il network europeo EudraVigilance che raccoglie in un unico database i dati forniti a livello nazionale. Vi sono ancora diversi punti critici da risolvere. “Nel nostro Paese – ha spiegato la dott.ssa Ferrazin –, il 60-70% del sistema si basa sulla segnalazione spontanea. Siamo al di sotto del gold standard stabilito dall'OMS che è pari a 300 segnalazioni per milione di abitanti/anno. Purtroppo

mancano ancora dati significativi su determinati tipi di reazioni avverse e rispetto a farmaci a scarsa diffusione”. Lo scorso anno sono state raggiunte 280 segnalazioni per milione di abitanti (nel 2008 sono state 240), una cifra dovuta anche alla pandemia influenzale. Il 70% delle segnalazioni proviene dai medici ospedalieri, il 10% dai medici di famiglia e il 20% dagli altri operatori sanitari. Esiste un gruppo consistente di professionisti che è costantemente attivo nell'indicare le reazioni avverse, altri invece sembrano ignorare l'importanza di questo lavoro. L'attività di farmacovigilanza dovrebbe far parte del percorso formativo del personale sanitario e la segnalazione spontanea di sospetta reazione avversa dovrebbe essere considerata essenziale per la sicurezza dei pazienti e per colmare le lacune degli studi pre-registrativi. “È auspicabile – ha concluso la dott.ssa Ferrazin – che i corsi sulla farmacovigilanza diventino parte dell'ECM”. L'AIFA promuove anche programmi e studi di farmacovigilanza attiva con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui farmaci e definire meglio la loro sicurezza d'uso, migliorare le modalità con cui vengono utilizzati, stabilire un profilo di sicurezza

che meglio corrisponda alla reale pratica medica e descrivere in maniera più realistica le caratteristiche dei pazienti in trattamento.



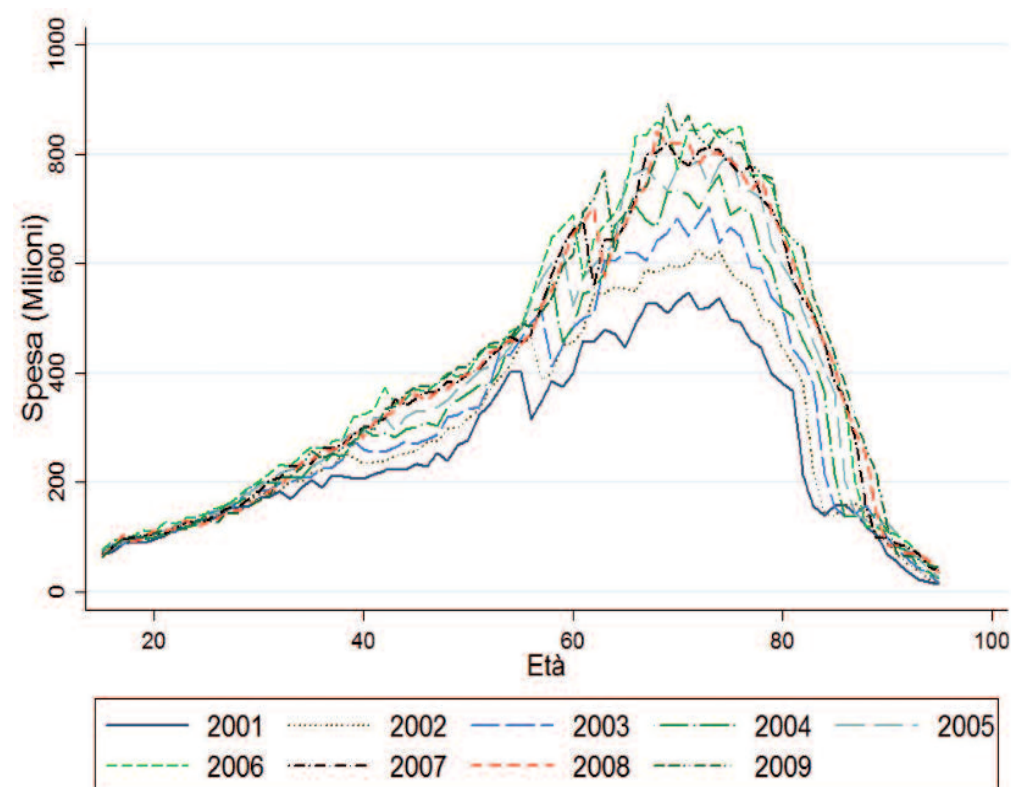
IN BICI PER DARE IL BUON ESEMPIO

“In bicicletta al Congresso”: è la proposta di Luigi Gatta, responsabile dell'Area Medicina dello Sport della SIMG. “In occasione di eventi come questo l'attività fisica cala drasticamente, ho quindi deciso di portare la mia bici a Firenze per utilizzarla durante queste tre giornate, per gli spostamenti dall'hotel alla sede dei lavori. L'obiettivo è dare il buon esempio a colleghi e pazienti, perché non si dimentichino mai dell'importanza di un corretto e costante movimento. Il medico dovrebbe sempre incoraggiarlo ed ora vogliamo far sì che si possa prescrivere anche sul ricettario, indicando quante volte praticarlo, con quale intensità e per quale durata. Così facendo, siamo sicuri che possa aumentare l'aderenza del paziente al trattamento indicato. Questa è una città virtuosa, che ha messo in atto una politica di incentivazione dell'uso delle due ruote, una politica lungimirante che guarda alla salute degli individui ed al rispetto ambientale. Ci stiamo quindi organizzando perché al Congresso 2011 sia presente un servizio di noleggio, per facilitare l'adesione a questa iniziativa di tutti i partecipanti all'evento”.

SISSI, come governare la spesa

Il progetto SiSSI (Simulazione Spesa Sanitaria Italiana) nasce dalla volontà comune del CEIS (Centre for Economics and International Studies) dell'Università di Roma, Tor Vergata e della

Fondazione SIMG di dare risposta ad una serie di quesiti sull'andamento dei costi e sulla sostenibilità finanziaria del nostro sistema sanitario, per valutarne nel contempo efficienza ed efficacia.



Nel rapporto Health search vengono presentati alcuni dei principali risultati, con particolare riferimento ai dati su diverse aggregazioni di spesa pro-capite e totale, per l'intera popolazione dei pazienti assistibili e per la popolazione dei pazienti assistiti con Diabete Mellito di tipo 2. “In particolare – spiega il prof. Vincenzo Atella della facoltà di Economia di Tor Vergata – abbiamo monitorato la spesa per i farmaci, gli accertamenti diagnostici, la specialistica e la farmaceutica. Siamo quindi in grado di ricostruire i costi della salute a livello di popolazione italiana per diverse caratteristiche. Nel corso del tempo è aumentato il peso della componente visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, dal 18.8% del 2001 al 23.5% del 2009, mentre si è ridotta la quota relativa ai ricoveri ospedalieri, dal 44.8% del 2001 al 36.8% del 2009. Con riferimento alla spesa per i farmaci, questa è aumentata a tassi molto elevati tra il 2001 ed il 2006, mentre successivamente si è osservata una riduzione fino al 2008; nel corso del 2009 si è osservato un nuovo in-

cremento. La riduzione della spesa farmaceutica potrebbe essere imputata all'entrata in vigore di diverse misure di contenimento dei prezzi, all'avvio dei piani di rientro in diverse regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia e Sardegna), ad una maggiore compartecipazione alla spesa dei cittadini con il ticket, agli sconti dovuti a nuove forme di distribuzione, ed infine alla sempre maggiore diffusione di farmaci generici”. Il progetto SiSSI integra e completa gli obiettivi di Health Search, nato inizialmente per offrire una chiave interpretativa medico-epidemiologica, con una parte economica. “Oggi riusciamo a confrontare gli outcome sanitari con la spesa necessaria per raggiungerli – conclude il prof. Atella –. In questo modo possiamo fornire analisi dettagliate sull'utilizzo delle risorse nel nostro sistema sanitario, sui relativi costi e sulla loro efficacia nel determinare il livello di salute della popolazione, cercando, ove possibile, di fornire misure di produttività ed efficienza nel settore sanitario”.

Dislipidemie familiari, fibrillazione atriale e ictus al centro del dibattito

Come gestire le malattie cardiovascolari

leri in sala B si è parlato di dislipidemie familiari e della loro gestione in Medicina Generale. “Sono presenti nel 2% della popolazione – ha spiegato Alessandro Filippi – e sono gravate da un elevatissimo rischio di eventi cardiovascolari in giovane età se non identificate precocemente. La rete dei medici di medicina generale è in grado di ‘intercettare’ tutti questi pazienti, a patto di adottare un approccio sistematico e razionale al problema”. È infatti possibile la diagnosi da parte del medico di famiglia con il supporto in casi selezionati dei centri qualificati di 2° livello. È stata presentata la II edizione della Guida alla diagnosi di questa patologia, curata

da Alessandro Filippi e dal prof. Alberico Catapano, ordinario di Farmacologia all’Università di Milano, che ha illustrato le dimensioni e la rilevanza del problema. Si è ribadito, anche alla luce della nuova nota 13 dell’AIFA, la necessità di tentare di ridurre i livelli di colesterolo LDL al di sotto dei 100 mg/dl o, quantomeno, di dimezzarne i valori rispetto al basale. Un altro importante elemento di novità nella gestione delle malattie cardiovascolari è rappresentato dalle nuove evidenze in merito all’ivabradina. Questo farmaco, anche se attualmente prescrivibile solo dallo specialista, permetterà di migliorare la gestione clinica di moltissimi pazienti

cardiologici che sono già ora assistiti dai medici di medicina generale italiani”. In questo Congresso grande attenzione è stata riservata anche al tema della fibrillazione atriale, una patologia che colpisce soprattutto gli anziani e in costante aumento per il prolungarsi della vita media. “È responsabile – ha sottolineato Filippi – di almeno un terzo dei casi di ictus nel nostro Paese, oltre a rappresentare un importante fattore di rischio per le altre patologie cardiache e causa di scarsa qualità di vita per molti pazienti. È attualmente possibile un nuovo approccio anche da parte del medico di medicina generale che è in prima linea per identificarne la pre-

senza, per controllarne i sintomi e per prevenire gli eventi tromboembolici che ne costituiscono la più temibile conseguenza”. Anche alla luce delle nuove linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) è evidente come la stadiazione del rischio tromboembolico possa e debba essere eseguita anche dal medico di medicina generale, responsabile di istituire e sorvegliare la profilassi necessaria. La prossima entrata in commercio di farmaci antitrombotici orali che non necessitano di monitoraggio periodico della coagulazione renderà molto più semplice trattare i circa 500mila pazienti colpiti dalla malattia.

CONTRACCETTAZIONE, CONOSCERE PER SCEGLIERE

“La sessione dedicata alla contraccezione è ormai una tradizione che risponde alla necessità di molti medici di famiglia di saperne di più, come testimonia la partecipazione massiccia ed attiva anche nell’edizione 2010 – afferma **Raffaella Michieli, Segretario Nazionale**”. L’apertura dell’incontro è stata dedicata alle principali novità fra gli estro-progestinici, in particolare l’estrogeno naturale e la più recente formulazione a base di drospirenone per 24 giorni. “Oggi dispo-

niamo di prodotti sicuri, fruibili e con benefici extracontraccettivi diversificati. La sfida è la personalizzazione della scelta, in base alle caratteristiche della paziente ed alle sue esigenze. Restano ancora molti miti da sfatare, in particolare gli adempimenti necessari per poter prescrivere. È stato chiarito, una volta per tutte, che in assenza di particolari condizioni di rischio e di anamnesi negativa, la visita ginecologica e gli accertamenti ematochimici non sono indispensabili. Altra falsa

credenza – continua la Michieli – è sull’età limite con particolare riguardo ai due estremi: giovanissime e donne in premenopausa. Sono stati presentati studi che dimostrano come in entrambi i casi la pillola possa essere consigliata in sicurezza. Nella nostra pratica clinica è importante porre alla donna la domanda riguardo la sua vita sessuale e riproduttiva – conclude – così da poterla seguire al meglio, sia che si stia preparando ad una gravidanza, sia che voglia evitarla”.

Il giornale del congresso è realizzato da
Intermedia Ufficio Stampa Ufficiale
del 27° Congresso Nazionale SIMG
Via Malta, 12/B - Brescia
Tel. 030.226105
intermedia@intermedianews.it

Direttore responsabile:
Mauro Boldrini

Direttore editoriale:
Sabrina Smerrieri

Redazione:
Paolo Cabra, Francesca Goffi,
Francy Antonioli, Davide Antonioli

 I.F.B. 
STRODER

