

Firenze
24-26 Novembre 2011
Palazzo dei Congressi



Auditorium gremito all'apertura del 28° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale

“Sappiamo misurare la qualità delle prestazioni”

Cricelli: “La sostenibilità del sistema può essere raggiunta solo con la riforma delle cure del territorio”

“Non bastano le ricette economiche per risolvere i problemi. Un Paese si può salvare solo con le qualità insite nel tessuto sociale e nelle professioni. Nessuno pensi che una riforma della medicina generale possa essere realizzata senza il contributo fondamentale degli operatori”. Il presidente **Claudio Cricelli**, aprendo il 28° Congresso Nazionale della SIMG in un auditorium gremito, si è rivolto al neo Ministro della Salute Renato Balduzzi, personalità competente con cui la Società Scientifica ha un rapporto di lungo corso. E ha criticato la scelta del sindaco di Firenze, Matteo Renzi, di cancellare dai “100 punti” del suo programma la medicina generale. “Sarebbe un errore gigantesco – ha continuato Cricelli –. L'intera sostenibilità del sistema sanitario si baserà sulla riforma delle cure primarie. Noi siamo in grado di offrire una misurazione della qualità. Non siamo tutti uguali ed è indispensabile che si applichi il criterio della ‘pesatura’ della valore. Tutto quello che produciamo deve essere valutabile”. Prima di dare la parola alle autorità, Cricelli ha lanciato un messaggio ai giovani. “È indispensabile rivedere il tirocinio perché siano formate nuove professionalità – ha sottolineato –. Nei prossimi anni avremo bisogno di 1000 medici manager”. Nel 2012 si celebrerà il 30° anniversario della SIMG, nata il 19 luglio 1982, lo slogan del trentennale sarà: “Ci prendiamo cura della salute degli italiani”. Uno dei fondatori della Società è **Antonio Panti**, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, che nel suo intervento ha sottolineato l'importanza di stabilire innovativi criteri per la formazione. “Ho visto crescere nel tempo la SIMG – ha detto –. È necessario dare spazio ai giovani. Gli aspetti motivazionali e relazionali sono prevalenti nella nostra professione. La valutazione deve diventare parte integrante del nostro lavoro”. Secondo **Luigi Marroni**, vicepresidente della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), il processo produttivo del Servizio Sanitario è eccessivamente frammentato. “È indispensabile – ha spiegato – una riscrittura complessiva e una razionalizzazione di questo percorso”. **Mauro Ucci**, vicepresidente FIMMG, ha ribadito che la sfida è quella di individuare nuovi modelli di cura. “Il momento di crisi che stiamo vivendo – ha evidenziato – può essere uno stimolo. Non dobbiamo permettere che il ‘Non profit’ occupi gli spazi che appartengono alle nostre competenze”. La revisione del rapporto ospedale-territorio è stata al centro delle parole di **Edoardo Majno**, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera del Careggi. “Da qui – ha spiegato – parte la costruzione di una relazione proficua con la medicina di famiglia”. Una partnership attiva anche con l'Università. “Abbiamo avviato una collaborazione nella valutazione dei farmaci che entreranno nel prontuario ospedaliero – ha



detto il prof. **Alessandro Mugelli** della facoltà di Medicina dell'Università di Firenze –”. Nel territorio spesso l'offerta di servizi è frammentata. “Abbiamo elaborato un nuovo modello – ha spiegato **Carlotta Cuzzoni**, presidente della Società della Salute di Firenze – basato su strutture complete, intermedie e piccole, disegnate sul numero di abitanti. La nostra è un'attività integrata dell'offerta socio sanitaria con link tra paziente, ospedale e territorio”. Nella Cerimonia d'apertura si è parlato anche di previdenza. “L'aspettativa nei confronti della pen-

sione è legittima – ha evidenziato **Alberto Olivetti**, vicepresidente vicario dell'Enpam –, ma il sistema previdenziale è alimentato dal flusso dei contributi. Il nostro Ente si fonda su due valori fondamentali: solidarietà ed equità tra generazioni. Ogni innovazione che favorisca la valutazione e certificazione della qualità è cruciale. I media hanno paventato per l'Enpam buchi di bilancio con cifre a molti zeri. Abbiamo avviato un'indagine interna per verificare se siano stati commessi illeciti: le pensioni dei medici sono intoccabili. Ed è in corso un'indagine della magistratura in cui ci siamo costituiti parte lesa. I nostri conti non sono in rosso. Abbiamo equilibri certificati per i prossimi 23 anni. La nostra parola d'ordine è trasparenza, associata a intelligenza e responsabilità. Crediamo che siano inutili le battaglie sulla iniqua doppia tassazione, proponiamo che queste risorse rientrino in un circolo virtuoso. Gli interventi che realizzeremo nel 2012 sono volti a non toccare i diritti già acquisiti da chi ha versato i contributi. Il patrimonio a nostra disposizione va gestito al meglio”. La voce è poi passata ai rappresentanti delle società scientifiche. “Fin dagli anni Novanta prepariamo documenti condivisi – ha evidenziato **Carlo Bruno Giorda**, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) –. Il diabetologo ha una modalità di approccio alla cura molto simile a quella del medico di famiglia. Grazie a questa condivisione di intenti, abbiamo ridotto i costi e il numero dei ricoveri. Con la SIMG abbiamo tracciato un percorso che può rappresentare un modello anche per altre società scientifiche”. Durante la cerimonia d'apertura l'annuncio di una breaking news. “Oggi è stato abolito il piano terapeutico sul clopidogrel – ha detto Cricelli –. Da anni ci ri-

volgiamo all'AIFA per sostenere l'inutilità di questo documento. In generale noi crediamo che tutti i piani terapeutici debbano essere cancellati”. Anche l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha attivato una collaborazione con la SIMG. “L'ostacolo da affrontare – ha sottolineato **Stefania Gori**, Tesoriere AIOM – è talvolta la mancata integrazione ospedale-territorio. I medici di famiglia devono essere coinvolti nel percorso diagnostico-terapeutico e dell'assistenza delle persone con cancro che hanno superato la fase acuta e dei guariti. I cosiddetti lungosopravvissuti in Italia sono circa 2milioni e 250mila. Vogliamo attivare un tavolo di lavoro con la SIMG per un follow up condiviso tra oncologi e medici di famiglia. Si tratta di un cambiamento culturale anche per noi specialisti: presuppone che il paziente debba essere affidato al generalista che deve acquisire le competenze per seguirlo”. “Il congresso rappresenta un momento di confronto e di crescita – ha spiegato **Franco Vimercati**, presidente FISM –. Abbiamo elaborato una strategia condivisa per realizzare al meglio il principio dell'appropriatezza prescrittiva nella casa comune delle società scientifiche”. Anche secondo **Francesco Violi**, Presidente della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), riprendendo le parole iniziali di Cricelli, “nessuna riforma del SSN può essere realizzata prescindendo dalla qualità di chi opera. L'internista e il medico di medicina generale non possono più lavorare solo con il fonendoscopio. Per questo abbiamo costruito una rete per fornire agli internisti uno strumento semplice, l'ecografo, per eseguire diagnosi di primo livello. Vorrei che anche voi entraste in questo network che innalza il livello professionale”.





Ieri mattina la prima conferenza stampa ufficiale del Congresso con l'intervento del Presidente

“Appello al Ministro: entro 30 giorni un tavolo sulla sostenibilità”

La SIMG rappresenta un'avanguardia per la capacità di controllare i costi e garantire appropriatezza. Un patrimonio che la Società mette a disposizione delle Istituzioni. Grande attenzione ai giovani

“Nessuna riforma è possibile senza l'adozione di strumenti di valutazione e controllo dei risultati prodotti da ogni euro speso per la sanità. Chiediamo al Ministro che nel primo mese apra un confronto sulla sostenibilità futura del sistema sanitario e sulle iniziative che siamo in grado di offrire al Paese”. Nella prima conferenza stampa ufficiale del 28° Congresso SIMG, svoltasi ieri mattina in una sala gremita oltre che di giornalisti, di giovani medici, il presidente Cricelli ha lanciato un deciso appello al ministro Balduzzi. “Siamo pronti a fare la nostra parte per continuare a garantire il diritto alla salute in un sistema pubblico e universalistico, anche dando sempre più valore e prospettive alle nuove generazioni. È necessario adottare una mentalità che mandi in pensione, anche nella sanità, le vecchie logiche per valorizzare i medici che valgono di più. La qualità del lavoro deve essere valutata, pesata e riconosciuta, anche economicamente – ha spiegato Cricelli –. Oggi in sanità il merito non è premiato, eppure è un settore in cui è particolarmente importante, visto che in gioco c'è la salute dei pazienti. Noi abbiamo la possibilità di misurare la qualità delle prestazioni, quindi anche di retribuirle di conseguenza. I medici di famiglia non sono tutti uguali”. Cricelli ha poi ricordato la necessità di cambiare le regole della rappresentanza di categoria nelle contrattazioni, dando voce anche alle società scientifiche, con la loro capacità di fornire strumenti di valutazione e ‘lettura’ della professione. “Tirando le somme – ha continuato –, così come la crisi economica ha cambiato le regole ed esige che l'Italia esca rinnovata da

questa difficile congiuntura, anche la professione medica deve evolversi”. Il tema della sostenibilità, che dà il titolo al Congresso, è stato ampiamente affrontato anche durante la conferenza stampa. “Sulla salute degli italiani già pesano 8 miliardi di euro di tagli e altri sono all'orizzonte – ha spiegato il Presidente –. La risposta della SIMG è investire in appropriatezza e innovazione. Oggi la medicina generale deve sempre più farsi carico delle carenze del sistema. Ciascuno di noi è responsabile della salute di una media di 1.114 assistiti e ci sono oltre 25 milioni di malati cronici cui dobbiamo garantire continuità di cura per evitare ricoveri e prestazioni inutili. Una vigorosa valorizzazione delle potenzialità della Medicina generale di qualità è la base imprescindibile della riforma delle cure primarie. Nessuna aggre-

gazione e organizzazione sono in grado di funzionare senza una radicale operazione di sviluppo della professionalità e del processo di valutazione puntuale dei risultati prodotti dal nostro lavoro. Vi sono medici di famiglia in questo Paese che più di altri hanno scelto di praticare una professione ispirata al rigore, alla qualità della cura ed alla valutazione dei risultati prodotti. Sono un'avanguardia, avanti anni luce nella capacità di controllare i costi e garantire la accountability dei risultati e della qualità dell'assistenza. In questo senso e solo con questi presupposti la Medicina generale è in grado di assicurare la sostenibilità del sistema con iniziative e strumenti di contenimento dei costi e di valutazione e pesature dei processi di cura acuti e cronici dei cittadini italiani”.



INFLUENZA, VACCINATO SOLO IL 60% DELLE PERSONE A RISCHIO

Il conto alla rovescia è iniziato, restano 30 giorni per vaccinare gli 8 milioni di persone a rischio che ancora sono scoperti. “L'obiettivo è raggiungere almeno il 75% della popolazione ‘fragile’, oggi siamo al 60% – ha affermato Aurelio Sessa, componente del sottocomitato scientifico ‘Influenza e Pandemie influenzali’ del Ministero della Salute –. Sono malati cronici, anziani, bambini, ecc. sui quali anche un virus debole, quale sarà quello che ci attende, può avere conseguenze pesanti. Il consiglio è ricorrere comunque all'immunizzazione, fino a fine dicembre, termine ultimo indicato dal Ministero della Salute”. L'influenza 2011/2012, appena sbarcata in Italia, sarà molto simile a quella della scorsa stagione. I dati che ci sono giunti dall'emisfero australe sono abbastanza rassicuranti, ma saranno circa 4 milioni gli italiani colpiti. “Il ceppo isolato a Genova è H3N2 ma ci aspettiamo che la maggior parte sarà H1N1, come 12 mesi fa – ha spiegato –. Particolarmente a rischio i bambini. Dal nostro sistema di sorveglianza abbiamo rilevato che sono già 100.000 quelli da 0 a 5 anni che da metà ottobre sono caduti vittime delle sindromi influenzali”. Da non sottovalutare l'aspetto dei costi: “Un giorno di ospedalizzazione per il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un esborso tra i 400 e i 600 euro – ha continuato Sessa –. Il costo di un vaccino antinfluenzale comprato privatamente in farmacia oscilla tra i 10 e i 20 euro, mentre lo Stato, per quelli che acquista e mette a disposizione degli aventi diritto, spende il 50% in meno”. In Europa il 10% delle assenze dal lavoro è determinato dall'influenza, con un costo in termini di mancata produttività compreso tra gli 8,4 e i 12,9 miliardi di euro.

Segue da pag. 1

“ORGOGLIOSI DI AVER SCRITTO LA LEGGE SULLA TERAPIA DEL DOLORE”

Il 18 novembre si è celebrata la Giornata europea per sensibilizzare al corretto uso degli antibiotici, ma è passata inosservata, nessuno ne ha parlato. “Negli anni Ottanta e Novanta – ha detto **Teresita Mazzei**, presidente della Società Internazionale di Chemioterapia – il problema della resistenza a questi medicinali era modesto. Oggi la situazione è radicalmente cambiata. Gli antibiotici sono farmaci orfani e nei prossimi 10 anni non ci saranno nuovi prodotti perché non rispondono agli interessi economici delle case farmaceutiche. La nostra proposta è di fissare una Giornata italiana sull'antibiotico per sensibilizzare sull'utilizzo appropriato”. “La salute non è un problema ma un volano”, **Federico Serra**, vicepresidente della Public Affairs Association, ha richiamato le parole del neo Ministro della Salute, Renato Balduzzi. “Ma ulteriori tagli rischiano di incidere sulla sostenibilità del sistema – ha spiegato –. Il tema da sviluppare è quello dell'innovazione su cui la SIMG è particolarmente attiva”. “La necessità di misurare le prestazioni con nuovi strumenti è fondamentale – ha detto **Gilberto Gentili**, presidente della Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) –. Noi abbiamo realizzato una banca dati che però pochi utilizzano”. La legge sul dolore è stata scritta nel 2008 e ha visto la SIMG tra gli artefici. È stata approvata il 10 marzo 2010. “Dovete essere orgogliosi perché avete scritto una legge della Repubblica – ha sottolineato **Guido Fanelli**, Presidente Commissione Nazionale Cure palliative e Terapia del Dolore –. Proprio oggi la Conferenza Stato Regioni sta discutendo il passaggio cardine della legge n.38 del 2010, relativo ai requisiti minimi delle strutture. Si tratta dell'ultimo atto compiuto dall'ex ministro Fazio e avallato da Renato Balduzzi”. **Danila Valente** della Società Cure Palliative, dopo aver ricordato gli

importanti risultati ottenuti con la SIMG, ha spiegato che “devono essere ancora definite le competenze palliative del medico di famiglia. La multidisciplinarietà è la chiave per rispondere ai bisogni del malato terminale”. “Ho imparato moltissimo da voi – ha detto **Cesare Bonezzi**, Past President di Federdolore –. Sono un ricercatore che si occupa di terapia del dolore, voi mi fornite una quantità preziosa di modelli di ricerca”. “Per capire il ruolo del generalista nel trattamento della calcolosi renale si terranno 15 incontri sul territorio – ha illustrato **Tullio Lotti**, past president della Società Italiana di Urologia –. Oggi lo specialista ha a disposizione strumenti che hanno quasi completamente annullato l'invasività della terapia”. Di gestione del malato cronico ha parlato **Francesco Mazzuoli**, vice presidente dell'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri). “La continuità assistenziale va realizzata concretamente – ha evidenziato –. Il nostro centro studi può essere utile per la prevenzione delle malattie cardiovascolari sul territorio”. In Toscana nel 2011 è stato avviato un progetto comune tra FADOI e SIMG sulle urgenze vascolari differibili. “Questi percorsi condivisi – ha detto **Grazia Panigada**, presidente eletto di FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) Toscana – sono importanti per superare le barriere tra ospedale e territorio”. A chiudere la cerimonia d'apertura l'intervento di **Renza Barbon Galluppi**, Presidente di UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare FIMR onlus. “Ringrazio la SIMG per aver contribuito alla conoscenza di queste patologie – ha concluso –. Abbiamo realizzato un patto d'intesa sul sospetto diagnostico creando un focus per conoscere i bisogni di questi malati”.



Nella sessione sull'HTA focus sul progetto SSSI e sulla copertura brevettuale con il prof. Lorenzo Mantovani

L'analisi della spesa: nuovi strumenti nella medicina generale

Approfondimento sulla genericazione: "Libera risorse e consente tutti i benefici della tecnologia a costi inferiori"

L'attività di health technology assessment (HTA) è un processo continuo che riguarda l'intero ciclo vitale di una tecnologia e i singoli passaggi significativi. Uno tra questi momenti chiave è la perdita della copertura brevettuale. A questo è stata dedicata ieri la relazione del prof. Lorenzo Mantovani, docente della Facoltà di farmacia dell'Università Federico II di Napoli, durante la sessione "Nuovi strumenti per l'analisi della spesa sanitaria". "La genericazione consente di ottenere i benefici della tecnologia a costi inferiori. In questo contesto è fondamentale un effetto indiretto della perdita della copertura brevettuale: la possibilità di liberare risorse che possono essere reinvestite nel settore sa-

nitario per finanziare l'innovazione. Un governo ragionato e intelligente di questi fenomeni consente di ingenerare un circolo virtuoso, attraverso il quale l'uso di farmaci consolidati, non più coperti da brevetto, permette di finanziare la rimborsabilità di "nuova" innovazione, di stimolare la ricerca attuale, vale a dire l'innovazione futura e, soprattutto di migliorare la salute della popolazione sia nell'immediato, sia nei prossimi anni". In questo contesto è stato mostrato un esempio di come sia possibile, probabilmente, finanziare la terapia con i nuovi anticoagulanti orali per i pazienti con fibrillazione atriale (AF). "L'evidenza prodotta da Health Search e pubblicata su prestigiose riviste, mostra

come circa 2/3 delle persone con AF non siano trattati adeguatamente, verosimilmente per problemi di tollerabilità dei VKA – ha spiegato Mantovani –. Di coloro che vengono trattati, comunque, una parte rilevante cessa la terapia a due anni dall'inizio. Si tratta di pazienti che assumono 4-5 terapie di prevenzione cardiovascolare, in quanto affetti da uno o più dei seguenti fattori: ipertensione, diabete, scompenso, o pregresso evento ischemico. Rispetto a 10 anni fa, la perdita di copertura brevettuale ha fatto scendere il costo della terapia di fondo da circa 3 euro/die a circa 1 euro/die. La differenza potrebbe essere reinvestita nelle nuove terapie anticoagulanti, gravate da meno interazioni, e tali da non richiedere il monitoraggio dell'INR. Questo potrebbe consentire, a parità di costo di trattamento, di evitare buona parte degli oltre 20.000 icuti annui che sono attualmente attribuibili all'AF in Italia".

Sostenibilità economica, miglioramento della qualità, aumento dell'efficacia sono i tre cardini del sistema salute che in questo campo non possono prescindere dall'uso, secondo appropriatezza, di terapie a brevetto scaduto e innovative. "In sintesi – conclude Mantovani –: l'HTA è uno strumento finalizzato a informare in modo sistematico e razionale le scelte di politica sanitaria; gestire l'in-



certezza insita in tali scelte attraverso la condivisione della conoscenza tra diversi professionisti e l'individuazione di aree sensibili verso cui indirizzare la ricerca futura; assistere nel concreto il policy maker nell'atto di destinare le risorse là dove producano maggior valore (sanitario, economico, sociale) per i singoli individui e per la società nel suo complesso, sia nel breve, sia nel lungo periodo, ivi inclusa la sostenibilità del sistema sanitario ed economico. È un compito preciso degli operatori sanitari e dei ricercatori produrre le informazioni necessarie per permettere ai decisori di prendere scelte razionali".



L'innovativo sistema informatico unico in Europa si evolve ed è integrato nella cartella clinica Millewin

Con "MilleGPG Patient" la gestione del malato diventa sempre più su misura

Già utilizzato da oltre 2.000 camici bianchi, lo strumento passa da una logica di popolazione ad una personalizzata

Controllare le informazioni sullo stato di salute del paziente e prendere le migliori decisioni in tempo reale, grazie ad un semplice clic. Obiettivi raggiungibili con "MilleGPG" (General Practice Governance) e la sua più recente evoluzione "MilleGPG Patient", un programma informatico di ultima generazione, unico in Europa, sviluppato da Genomedics e Millennium su indicazione della SIMG, per supportare i medici di famiglia nel Governo clinico delle Cure primarie. Il software, già adottato da oltre 2.000 camici bianchi italiani, permette di effettuare con rapidità e semplicità analisi approfondite dei dati registrati nella cartella clinica: per monitorare i risultati di cura in termini di salute, costi e sicurezza. "Con MilleGPG e MilleGPG Patient – ha sottolineato Gerardo Medea, responsabile del progetto – la medicina generale di domani potrà indirizzare la qualità delle cure e, di conseguenza, misurarla. Già oggi riusciamo a definire la soglia di efficienza del medico, sia rispetto alla globalità del suo lavoro che per la singola patologia. Ci troviamo ora alla vigilia di una rivoluzione che vedrà l'applicazione dei costi standard nel governo economico della Sanità. Questo strumento rappresenta quindi un passo importante per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni in termini di risultati percepiti dai cittadini. MilleGPG è inoltre integrato con Millewin, la cartella clinica più utilizzata dai medici di famiglia del nostro Paese, per un totale di circa 18.000 utenti". "Abbiamo bisogno di sapere, per esempio, quanti siano i pazienti con particolari patologie ed eventuali comorbilità – ha aggiunto Ovidio Brignoli –, come siano trattati, se abbiano raggiunto determinati obiettivi di salute, se vi siano criticità gestionali (e quindi se corrano particolari rischi clinici) e quali sottogruppi generino costi elevati o comprimibili con una migliore strategia assistenziale". MilleGPG è lo strumento con cui i camici bianchi possono finalmente prendere in mano la governance delle Cure primarie e dell'assistenza sul territorio. "Grazie all'applicazione – ha concluso Medea – si può fare audit con estrema semplicità. Si riesce a svolgere ricerca clinica

in tempo reale (attraverso il collegamento in rete con i colleghi che utilizzano lo strumento) e si può migliorare l'appropriatezza terapeutica con effetti positivi sia sulla sicurezza del paziente che sull'efficienza del sistema. Dialogare con gli amministratori sanitari diventa molto più facile, grazie alla nuova modalità di analisi dei comportamenti clinico-prescrittivi che certamente è più gradita ai generalisti rispetto ai vecchi report economici". È possibile scaricare e provare gratuitamente "MilleGPG" e "MilleGPG Patient" collegandosi al sito www.millegpg.it.





Il caso emblematico delle incretine ha dato il via a un'animata discussione con l'Agenzia del farmaco

Registri e piani terapeutici: SIMG, AIFA e Farmindustria a confronto

Medea: "La nostra professione accetta la sfida del monitoraggio futuro delle molecole innovative"

La sessione sull'area metabolica si è conclusa con un confronto sui piani terapeutici e i registri di monitoraggio AIFA. Un tema "caldo", tanto che si è sfiorato fino alle 20 per dare spazio all'ampio interesse e dibattito tra i relatori e il pubblico. Vi hanno partecipato il presidente **Cricelli**, il prof. **Luca De Nigro**, coordinatore dei registri di monitoraggio AIFA, il dr. **Nicola Braggio** per Farmindustria, **Ettore Saffi Giustini**, il prof. **Lorenzo Mantovani**, farmacoeconomista e **Gerardo Medea**. Il nodo della questione sono stati i registri che AIFA istituisce per il monitoraggio dei farmaci innovativi mediante i quali si possono effettuare valutazioni sull'efficacia e la sicurezza post registrativa. In particolare, il caso emblematico in discussione ha riguardato le incretine, nuove molecole per la cura del diabete mellito di tipo 2, tuttora sottoposte a un regime di controllo e per le quali non esiste la libera prescrizione da parte

del MMG. Il dr. De Nigro ha sostenuto che il sistema attuale di monitoraggio è una necessità per l'ente regolatorio, per il corretto posizionamento terapeutico del medicinale e per ottenere ulteriori informazioni circa eventuali effetti avversi che potrebbero danneggiare i pazienti. Ciò fa parte dell'iter naturale di registrazione dei farmaci innovativi. L'attivazione di un registro, con l'esclusiva prescrizione dei centri specialistici, non rappresenta di per sé una dichiarazione di sfiducia nei confronti della gestione da parte dei medici di famiglia ma è invece una situazione temporanea destinata a risolversi una volta ottenuti i dati desiderati.

Il dr. Braggio ha controbattuto che i dati del monitoraggio dimostrano una variabilità che potrebbe far sospettare una non completa appropriatezza d'uso dei farmaci e che, soprattutto l'utilizzo esclusivo limita l'accessibilità ai farmaci innovativi, laddove la letteratura fornisce

chiare indicazioni di come l'uso precoce delle incretine abbia effetti positivi sulla progressione successiva della malattia. Una situazione che posiziona l'Italia - per gli stessi farmaci - in netto contrasto con altri paesi europei (dato prescrittivo na-

zionale fermo a circa il 3% vs il dato del continente in netta e costante crescita).

La posizione di SIMG, espressa all'unisono dai relatori, è che il coinvolgimento della medicina generale in un sistema di monitoraggio dei farmaci innovativi porterebbe ad una riduzione dei tempi di osservazione, ad un più rapido reclutamento dei pazienti, ad una minor incidenza di drop-out e ad una più tempestiva segnalazione degli eventi avversi. Non esistono inoltre ragioni per non aver fiducia nella capacità prescrittiva dei MMG, che sono pronti, disponibili e soprattutto dispongono di strumenti informatici grazie ai quali possono tenere sistematicamente sotto controllo qualsiasi tipo di popolazione predefinita. In conclusione, il dr. De Nigro ha lanciato una sfida ai medici della SIMG per un eventuale coinvolgimento futuro, sfida che è stata immediatamente accettata dal presidente Cricelli.



Alla sala Verde, la Sessione dedicata all'Area Salute Donna, da tempo al centro dell'interesse della SIMG

La medicina di genere nuova frontiera di valutazione del paziente

Raffaella Michieli: "Dobbiamo essere sempre più orientati a proporre terapie individualizzate"

La Medicina di Genere è stata al centro dell'incontro di ieri pomeriggio in Sala Verde. Protagonista la dott.ssa Raffaella Michieli. "Quando si parla di Medicina di Genere si fa riferimento alle differenze nella salute tra maschi e femmine, non solo per quello che riguarda le prerogative sessuali, ma anche l'ambito sociale e lavorativo. Su questo aspetto da tre anni la SIMG stimola l'attenzione dei medici di medicina generale, affinché queste tematiche possano diventare una nuova frontiera di valutazione dei pazienti di entrambi i sessi, in modo da focalizzare pratiche preventive, diagnostiche e terapeutiche che abbiano la maggior appropriatezza possibile".

"Su questi argomenti abbiamo recentemente scritto un libro con alcuni specialisti - ha aggiunto la Michieli - e anche in occasione di questo Congresso stiamo approfondendo le problematiche pneumologiche e cardiovascolari, che sappiamo essere le maggiori cause di mortalità e morbilità. Anche i dati di Health Search hanno reso evidente il fatto che i medici di medicina generale pongono un'attenzione diversa alle malattie broncopolmonari nelle donne rispetto agli uomini. Ad esempio sappiamo, nello specifico, che la registrazione del dato fumo è meno frequente nel sesso femminile rispetto a quello maschile, pur sapendo che si tratta di un agente nocivo molto più dannoso nelle donne per le sue dirette implicazioni broncopolmonari e cardiovascolari". Durante la sessione è stato sottolineato come la medicina di genere abbia particolari riscontri proprio per quanto riguarda le malattie del cuore: nel sesso femminile si manifestano in modo diverso rispetto agli uomini, ma si registra anche un diverso approccio terapeutico e diagnostico alle donne che soffrono di queste malattie. "E' fondamentale che venga superato questo gap culturale - ha sottolineato la Michieli - e che vengano messe in atto tutte le procedure che spesso vengono richieste in situazioni di urgenza, per ri-

durre la mortalità acuta legata a queste patologie. Il medico di medicina generale, quindi, deve essere sempre più orientato a una terapia individualizzata e il genere è uno di quegli indicatori che permette proprio di individualizzare tutte le scelte del medico nella cura delle persone". Fondamentale in questo ambito è l'attenzione alle terapie farmacologiche. "È noto che nella sperimentazione dei farmaci le donne siano sottorappresentate - ha aggiunto la Michieli -. Dobbiamo essere consci, quando utilizziamo un farmaco, che questo medicinale non ha ricevuto un'appropriata sperimentazione sul genere femminile. Non possiamo continuare a pensare che ciò che va bene per l'uomo sia adatto per la donna, che tra l'altro utilizza un più ampio numero di medicinali e soffre di maggiori effetti collaterali. È necessario, quindi, che si agisca a livello delle sperimentazioni in fase 1, 2 e 3 e si metta in pratica una sorveglianza nell'uso quotidiano del farmaco". Sempre in tema di sperimentazione si è parlato di variabilità ormonale. Durante la sessione si è affrontato anche il tema osteoporosi. "Le ossa sono un organo molto importante per la salute femminile - ha concluso la Michieli -. Le donne soffrono maggiormente di patologie osteoarticolari e di conseguenti fratture da fragilità. Quando

questo accade fanno un grande uso di farmaci per alleviare il dolore. Diventa quindi fondamentale nella medicina di genere agire in prevenzione primaria nelle donne fin dalla nascita, per ottenere un ottimo picco di massa ossea e, in seguito, adottare stili di vita adeguati per la salute della donna, in modo da non perdere il patrimonio acquisito. Abbiamo a disposizione un armamentario terapeutico costituito da molti farmaci che ci permettono di curare la donna quando ve ne sia effettivo bisogno, con terapie di tipo sequenziale che tengono conto dei diversi momenti della vita di una donna e delle diverse azioni dei farmaci".



Il giornale del congresso è realizzato da
Intermedia Ufficio Stampa Ufficiale
del 28° 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,
Davide Antonioli