



Società  
Italiana  
di Medicina  
Generale

LA SIMG  
LABORATORIO  
APERTO  
DELLA NUOVA  
MEDICINA  
GENERALE  
NELLE NUOVE  
CURE PRIMARIE

29° congresso  
nazionale  
SIMG

FIRENZE  
22-24 novembre 2012  
Palazzo dei Congressi

1



Auditorium gremito all'apertura del 29° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale

## “CI PRENDIAMO CURA DELLA SALUTE DEGLI ITALIANI”

**Cricelli: “L’assistenza primaria sia un LEA prioritario e assoluto, senza alcuna discriminazione”**

“Siamo il punto focale della salute dei cittadini. Tutti devono avere il diritto di ricevere la migliore assistenza, anche avanzata, sul territorio, senza andare in ospedale se non strettamente necessario. È il principio della medicina a chilometri zero che, all’interno del modello organizzativo delle nuove cure primarie basato su servizi territoriali sempre disponibili, non deve più rappresentare una semplice opzione, ma una realtà concreta. Solo così si potranno evitare ricoveri impropri in ospedale con inevitabili intasamenti del pronto soccorso. La nuova sfida per il servizio sanitario nazionale è rappresentata dalle cure di prossimità”. Il presidente **Claudio Cricelli**, aprendo il 29° Congresso nazionale della SIMG, si è rivolto al Ministro della Salute, Renato Balduzzi, e a tutte le forze politiche per chiedere con forza che le cure primarie del futuro costituiscano un LEA assoluto e prioritario, da intendere come diritto della persona. “Tutti i cittadini devono potervi accedere, sempre e gratuitamente – ha continuato Cricelli -. E vanno finanziate con la tassazione generale. Per accedere al punto focale, il più importante del SSN, l’assistenza territoriale, non si dovrà discriminare le persone sulla base della capacità contributiva, dell’età, della condizione sociale o del credo religioso”. Un sentito riferimento ai 30 anni della SIMG nelle parole di uno dei fondatori della società scientifica, **Antonio Panti**, presidente dell’Ordine dei Medici di Firenze. “Questo congresso segna il nostro trentennale – ha detto Panti -. Sono orgoglioso di aver contribuito alla nascita di questa realtà oggi riconosciuta anche dalle Istituzioni come interlocutore di livello. Oggi assistiamo in sanità a una pericolosa prevaricazione delle considerazioni economiche sul principio di sussidiarietà. Il rapporto empatico con la persona, che da sempre caratterizza la nostra professione, non potrà mai essere annullato dai progressi tecnologici”. “Siamo di fronte a una medicina generale a geometria variabile – ha spiegato **Mauro Ucci**, Vice Segretario Nazionale FIMMG -. L’obiettivo è garantire a tutti cure di pari livello qualitativo, anche se con risorse sempre più scarse. Una sfida difficile visto che la legislazione consente alle Regioni di assumere decisioni in autonomia e spesso difformi, indipendentemente dagli indirizzi centrali del Governo”. **Paola Testa**, Primo Dirigente Medico



della Polizia di Stato, ha portato il saluto del Questore di Firenze. La città è stata rappresentata anche dal prof. **Alessandro Mugelli** della Facoltà di Medicina dell’Università di Firenze. Il prof. **Antonio Picardi** dell’Università Campus Bio-medico di Roma ha sottolineato il ruolo formativo svolto dal “Master di II Livello in Medicina Generale – Laboratori per l’innovazione”, la cui seconda edizione partirà nel gennaio 2013. La collaborazione con la Società Italiana di Medicina Interna testimoniata dalla presenza di **Giacomo Laffi** che ha evidenziato la necessità di razionalizzare gli interventi, senza dimenticare che spesso i pazienti con malattie croniche, soprattutto gli anziani, vivono situazioni di solitudine e abbandono. **Paolo Caraceni**, segretario dell’Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF), ha posto l’accento sull’opportunità di stratificare

la complessità di cura, un tipo di organizzazione in cui ogni attore svolge un ruolo ben definito. “Con la SIMG – ha spiegato – facciamo parte del gruppo di lavoro del Ministero della Salute per stilare un piano di lotta contro le malattie epatiche. Queste patologie sono tra le prime cinque cause di mortalità nella fascia compresa tra i 34 e i 54 anni. E assorbono il 5% dei DRG”. Critiche al provvedimento sulla spending review nell’intervento di **Giovanni Monchiero**. “Una legge tecnicamente sbagliata – ha sottolineato il presidente della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) -. Il nostro Paese sta diventando sempre più povero, ma dispone ancora di un ottimo servizio sanitario. Non può essere sprecato questo patrimonio. Va salvaguardato e migliorato il principio di continuità di cure tra ospedale e territorio. Il vostro congresso nazionale, che dà ampio spazio alla gestione delle malattie croniche, è di altissimo livello scientifico”. Anche **Roberto Messina**, presidente di Federeziani, ha espresso preoccupazione per le recenti decisioni di alcune amministrazioni locali. “È un momento complesso per l’economia del Paese – ha evidenziato **Nicola Braggio** di Farmindustria -. I medici di famiglia sono interlocutori privilegiati per intercettare i bisogni dei pazienti. Il dibattito sull’appropriatezza è la chiave di volta, da non riportare però esclusivamente a criteri economici. Un farmaco di seconda linea non può passare in prima solo perché ha un costo inferiore”. Anche **Gilberto Gentili**, presidente di CARD (Confederazione delle Associazioni regionali di distretto), ha denunciato le conseguenze

della legge sulla revisione della spesa. “È necessario – ha detto - che le decisioni siano assunte solo dopo aver discusso con chi è in prima linea e considerando le ripercussioni sulle generazioni future”. Proprio ai giovani si è rivolto **Alberto Oliveti**, presidente dell’Enpam. “Vogliamo estendere l’iscrizione alla nostra Fondazione agli studenti del 5° anno di Medicina – ha spiegato -. Il sistema previdenziale gestito dall’Enpam è sano e trasparente. Il saldo tra entrate e uscite è positivo da 50 anni. Un segnale di responsabilità che deve essere riconosciuto per mantenere la nostra autonomia”. Uno sguardo sul futuro anche nelle parole di **Walter Mazzucco**, presidente nazionale del Segretario Italiano Giovani Medici, che ha definito la SIMG “una società giovane aperta al cambiamento e all’innovazione”. Il presidente Cricelli ha poi lasciato spazio a **Alberto Magni**, rappresentante dei giovani della SIMG. “Siamo pronti a raccogliere il legato e a proseguire con impegno e dedizione quanto realizzato in 30 anni – ha detto Magni -. Con alcuni punti da cui partire. La formazione deve essere libera da ogni condizionamento. Vanno definiti attività e scopi della medicina generale. L’accesso alla professione non può essere subordinato alle logiche pensionistiche. Vogliamo tutelare i pazienti attraverso formazione, comunicazione e buona pratica clinica”. La cerimonia inaugurale è stata chiusa dalla lettura magistrale del prof. **Calogero Caruso**, ordinario di Patologia Generale dell’Università di Palermo, sul “Medico di Medicina Generale e l’invecchiamento della popolazione”.







LA SIMG  
LABORATORIO  
APERTO  
DELLA NUOVA  
MEDICINA  
GENERALE  
NELLE NUOVE  
CURE PRIMARIE

29° congresso  
nazionale  
SIMG  
FIRENZE  
22-24 novembre 2012  
Palazzo dei Congressi



## Toccante e di grande effetto la cerimonia di celebrazione per il compleanno della nostra Società scientifica SIMG, 30 ANNI ALLA RICERCA COSTANTE DELL'ECCELLENZA

**Cricelli: "Essere migliori e migliorare rappresentano le fondamenta strutturali della professione medica"**



Un auditorium gremito ha fatto da splendida cornice alla cerimonia di celebrazione del trentennale della Società Italiana di Medicina Generale. La serata si è aperta con l'intervento del Presidente Claudio Cricelli. "La nostra Società è nata, trent'anni fa, per un bisogno irresistibile. Si erano da poco estinte le mutue ma faceva fatica a nascere il medico che fosse all'altezza della prima riforma sanitaria del Paese. Nasceva il servizio sanitario nazionale e con esso la medicina generale. Era necessario predisporre tutto il percorso per creare nuove figure professionali. La nuova medicina nasceva quindi generale, comprensiva dell'interessa della persona e del sapere. Questi riferimenti ci sorreggono ancora dopo trent'anni. Ma la chiave di una rilettura della nostra attività deve per forza essere orientata al presente ma assai più al futuro. Solo una proiezione della nostra visione sulla futura evoluzione del sistema in cui operiamo ci dà la misura e la valutazione esatta di quanto questa visione sia scaturita da una analisi corretta. Nel nostro passato c'è dunque solo la lezione e la lettura della adeguatezza del nostro agire per valutare la bontà della nostra idea ed il nostro progetto per il fu-

turo della professione e del nostro Paese. Perseguiamo quindi il meglio, l'eccellenza, la conoscenza, il miglioramento di noi stessi perché ce lo impongono la morale privata e pubblica, l'orgoglio professionale, l'etica della professione. Essere migliori e migliorare è intrinsecamente buono ed rappresentano le fondamenta strutturali della professione medica". **Stefania Saccardi**, Assessore welfare, politiche del lavoro e cooperazione internazionale del Comune di Firenze, ha consegnato al presidente Cricelli un prestigioso riconoscimento, il simbolo dell'arte dei medici e specialisti. "I problemi della sanità non si risolvono se non valorizzando il territorio - ha detto l'Assessore -. La situazione di crisi economica può rappresentare un'occasione per ripensare l'organizzazione della sanità. Servono però investimenti. Il pubblico potrebbe farsi carico dell'ideazione di progetti che uniscano risorse private. Solo così il sistema può diventare più virtuoso ed erogare salute". **Antonio Tomassini**, Presidente della XII Commissione Sanità del Senato, ha ricordato come in passato vi fosse un atteggiamento di diffidenza nei confronti dell'attività dei medici di medicina generale. "La SIMG ha dimostrato amore per i malati e per la vita - ha spiegato -. Così avete creato un'alleanza solidale con i cittadini. La strada percorsa è stata lunga. Oggi voi rappresentate l'ago della bilancia del sistema. Il medico di famiglia italiano è un modello in tutto il mondo". In quale direzione va la sanità?, si è chiesto il senatore Tomassini. "Da un lato oggi fortunatamente si è allungata l'aspettativa di vita, è aumentata la domanda di salute e la scienza offre nuove opportunità. Dall'altro la crisi morde. È necessario fare scelte etiche, tecniche ed economiche. Fare di più con meno risorse. La nostra sanità funziona. Bisogna però ripensare il sistema con un approccio globale. Va migliorata la prevenzione, la medicina del territorio e la riabilitazione. La sostenibilità nasce da questo

approccio flessibile, procedendo con le deospedalizzazione, la creazione delle reti e un nuovo modello di residenzialità. Ritengo che il decreto Balduzzi appena approvato rappresenti un tentativo di reale riforma sanitaria dopo 10 anni con spunti importanti sull'h24 e la responsabilità dei medici". Il **prof. Walter Ricciardi**, Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma, ha colto l'occasione per ripercorrere in pochi minuti gli ultimi decenni di vita italiana, stilando un bilancio delle conquiste compiute dalla medicina nel '900. "Se guardiamo indietro non possiamo che essere soddisfatti di quello che siamo riusciti a fare. Pur operando, a differenza di altri Paesi, con risorse limitate abbiamo battuto tutti i record mondiali di longevità, riducendo inoltre ai minimi termini il tasso di mortalità infantile. Nel '97 avevamo il secondo miglior servizio sanitario del pianeta. Eppure, a causa di un presente oscuro, il futuro è molto incerto. Negli ultimi anni abbiamo visto bruciare gran parte del tesoro accumulato nel tempo, a causa sia della crisi, ma anche di politiche sbagliate. Se vogliamo che il welfare abbia un domani, dobbiamo riu-

scire a conciliare il lavoro dei medici di famiglia con quello dei professionisti di sanità pubblica. Lancio quindi un appello affinché si operi insieme per sviluppare processi decisionali verso questa direzione". A seguire, spazio per la "Conversazione incredibile tra Leonardo da Vinci e Galileo Galilei", ad opera della "Compagnia delle seggiole". Nella lettura magistrale del **prof. Giuseppe De Rita**, presidente del Censis, un'analisi sui cambiamenti della società italiana negli ultimi 50 anni. "Tutto si può ricondurre a un solo principio, l'esplosione e il primato della soggettività - ha spiegato -. La persona umana è diventata centrale. Ma oggi la soggettività ha in qualche modo eroso la speranza e la voglia di crescere. Nel 1982 la SIMG non sarebbe nata senza questi presupposti. Purtroppo il Servizio sanitario nazionale non è riuscito a esaltare il territorio perché è stato realizzato il federalismo della sanità attraverso un regionalismo rinforzato. Un sistema che non fa prevenzione e non ha un legame solido con territorio è dispendioso. E oggi siamo costretti a ricorrere ai tagli lineari e a tornare al privato per far fronte ai bisogni".



## GLI AUGURI DI BUON LAVORO DEL MINISTRO BALDUZZI

*Vi ringrazio per il cortese invito a partecipare alla cerimonia trentennale della Società Italiana di Medicina Generale che si svolge oggi a Firenze, alla quale il contemporaneo impegno della Conferenza governativa sull'amianto mi impedisce, purtroppo, di presenziare. Apprezzo grandemente il contributo scientifico e culturale che la Vostra società scientifica ha sempre dato alla Medicina generale e al Servizio sanitario nazionale. In particolare, desidero evidenziare l'attenzione che molto opportunamente è stata posta verso la ricerca in medicina generale e la formazione e l'aggiornamento continuo. Credo che molto si debba insistere ancora su questi due cardini, per offrire ai pazienti e ai cittadini un servizio pubblico di alta qualificazione, i cui tratti essenziali siano l'accessibilità, l'umanità, l'efficacia, l'appropriatezza. L'importanza dell'assistenza primaria è evidenziata da autorevoli dichiarazioni e indirizzi di politica sanitaria, prima fra tutte la Dichiarazione Universale di Alma Alta del 1978. I modelli di riferimento tradizionali non rispondono adeguatamente a questo nuovo scenario. L'obiettivo principale del riassetto dell'assistenza primaria stabilito dalla legge 189 dell'8 novembre 2012 è di favorire e implementare una maggiore integrazione di tutte le categorie professionali operanti nel Servizio Sanitario Nazionale e migliorare i collegamenti tra queste ultime e le Aziende sanitarie, attraverso un modello di rete integrata di servizi sanitari e sociali dove vari professionisti coinvolti*

*possano operare in una logica multi professionale e multidisciplinare, secondo principi di collaborazione ospedale-territorio, di continuità assistenziale, di appropriatezza del luogo di cura. In tale contesto, è indubbio che il medico di medicina generale svolga un ruolo strategico rappresentando, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, il primo punto di accesso al sistema sanitario nazionale e la figura di riferimento per i bisogni assistenziali dei cittadini. Ritengo che nel Servizio Sanitario Nazionale vi sia un'ampia condivisione circa la necessità di una nuova forte e integrata forma di protagonismo attivo dei medici, degli infermieri, delle altre professioni sanitarie e di tutto il personale, come quello che si ebbe nel periodo nella quale fu varata la legge di riforma sanitaria. Questa partecipazione può contribuire a rafforzare le ragioni e la natura pubblica, universale e solidaristica di un Servizio pubblico che, nonostante inevitabili limiti, rimane una delle più avanzate conquiste di civiltà del nostro Paese. Sono certo che dalle vostre riflessioni verranno proposte e idee a sostegno di questa importante trasformazione che insieme abbiamo avviato. Formulo, pertanto, a Voi tutti i migliori auguri per il successo del vostro congresso e le più vive felicitazioni per la ricorrenza che la vostra società festeggia*

**Renato Balduzzi, Ministro della Salute**





LA SIMG  
LABORATORIO  
APERTO  
DELLA NUOVA  
MEDICINA  
GENERALE  
NELLE NUOVE  
CURE PRIMARIE

29° congresso  
nazionale  
SIMG  
FIRENZE  
22-24 novembre 2012  
Palazzo dei Congressi



## Nutrita la partecipazione alla sessione metabolica con video introduttivi e una vivace discussione interattiva DIABETE, "SCACCO MATTO" ALLA MALATTIA IN QUATTRO MOSSE

Con la medicina di iniziativa il paziente può essere seguito nel percorso di cura con sistemi di richiamo per le visite periodiche

Non solo conoscenze della malattia e dei farmaci per curarla, ma anche e soprattutto un'ottima organizzazione dell'assistenza e una gestione condivisa del paziente tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. Questi sono gli ingredienti che oggi sono necessari al medico di medicina generale per una gestione efficace ed efficiente delle persone con diabete. Se n'è parlato ieri nella sessione dell'area metabolica che si è sviluppata sul file rouge dello "scacco matto" al diabete ...in 4 mosse. La prima dedicata proprio al cruciale problema dell'organizzazione delle cure. Per la prima volta in un congresso della SIMG una persona con diabete è stata intervistata sulle sue aspettative, i bisogni di salute a cui dovrebbe dare risposte il suo MMG o il team da lui coordinato per una buona assistenza. Le domande sono state rivolte da **Tindaro Iraci**. La risposta è stata netta e chiara: il medico di famiglia deve entrare in una logica di lavoro nota come "sanità di iniziativa", basata sulla programmazione degli interventi. Non deve essere il paziente

a rivolgersi al medico al momento del bisogno, ma il MMG deve seguirlo, nel suo percorso di cura, con il metodo del follow-up attivo, con appuntamenti di ricontrollo prefissati e sistemi di richiamo per le visite periodiche. E il baricentro della gestione dovrebbe dinamicamente spostarsi in base al momento del processo di cura. Se la malattia è stabile, in buon compenso metabolico ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, la gestione può essere affidata alla MG. La replica puntuale dell'intervistatore è stata che anche la persona con diabete deve attivamente collaborare con una autogestione consapevole della sua malattia.

**Ovidio Brignoli** e **Saffi Giustini** hanno dibattuto in un confronto diretto e vivace su due modelli regionali di gestione delle cronicità i CREG (Chronic Related Group) della Lombardia e il CCM (Chronic Care Model) della Toscana. I due relatori hanno cercato di mettere in evidenza le luci e le ombre dei due modelli, tra loro molto diversi, che pur avendo molti elementi positivi ed innovativi sono

però migliorabili. Il confronto si è chiuso con un sostanziale "pareggio" poiché il modello ideale potrebbe essere una sintesi delle rispettive parti positive.

La "prima mossa" si è conclusa con la presentazione da parte di **Francesca Caselani**, tirocinante, di un'originale proposta di "integrazione" dei Medici di Continuità Assistenziale nel team di cure primarie per il governo clinico delle patologie croniche grazie al MilleGPG, che, già in questi primi mesi, sta ottenendo risultati entusiasmanti con un evidente miglioramento su quasi tutti gli indicatori di processo ed esito.

Le mosse 2 e 3 si sono occupate invece di terapia antidiabetica. In particolare nella 2° sessione di lavoro è stato affrontato con **Gabriele Perriello** e il responsabile dell'area metabolica, **Gerardo Medea**, mediante un caso clinico interattivo, il problema della gestione della terapia insulinica basale da parte del MMG. Per molto tempo questa parte della terapia è stata, senza motivo, trascurata quando invece il MMG può iniziare egli stesso, in molti casi, la terapia con insulina e gestirne le fasi di titolazione e di follow-up, sia pur ponendo particolare attenzione all'informazione e alla tranquillità psicologica del paziente. Non a caso l'interesse e il coinvolgimento (anche grazie al sistema dei televoter) dei MMG presenti è stato elevato.

Nella 3° mossa è stato affrontato il tema della terapia dopo il fallimento della metformina, con due autorevoli dirigenti dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD): **Antonio Ceriello** e **Carlo Giorda** intervistati da **Marco Passamonti**. Per la cura del diabete tipo 2 oggi i clinici hanno a disposizione un ricco armamentario di farmaci, ma il discussant ha concentrato le sue domande soprattutto sugli ultimi arrivati, le cosiddette "incretine"

e in particolare gli inibitori del DDP-4. Questi farmaci, infatti, dispongono di un interessante profilo farmacodinamico poiché stimolano la secrezione di insulina ma solo in funzione dei livelli di glucosio nel sangue. Inoltre sono gravati da una bassa incidenza di ipoglicemie. I relatori, sapientemente stimolati dal discussant, hanno così definito il fenotipo del paziente eleggibile alla terapia con inibitori del DPP-4. Il punto critico di questi farmaci sta nel fatto che ancora oggi, a distanza di 5 anni dall'immissione in commercio, non sono prescrivibili dal MMG (necessario il piano terapeutico dello specialista). Un problema che può essere risolto solo se l'AIFA si convincerà che anche i MMG possono prescriberli in modo appropriato e sicuro per il paziente.

La 4° e ultima mossa, prima dello scacco matto finale, ha visto come protagonisti **Maria Chantal Ponziani** (diabetologa) e **Italo Paolini** (MMG, discussant e intervistatore), su tutti i problemi gestionali del Diabete oltre l'iperglicemia. I topics discussi sono stati: il rischio Cardiovascolare, la nefropatia e la neuropatia diabetica e ovviamente le terapia appropriata che il MMG deve utilizzare.

Per festeggiare degnamente il trentennale della nascita della SIMG, la sessione metabolica, che ha visto una nutrita partecipazione di MMG, è stata totalmente integrata da supporti audiovisivi. Infatti, ogni "mossa" è stata preceduta da video introduttivi e per i dibattiti i MMG hanno potuto esprimere in "tempo reale" il loro parere grazie ai televoter. "Un congresso scientifico moderno dovrebbe oggi sempre più far ricorso a queste nuove tecnologie per rendere sempre vivace il dibattito, tenere alta l'attenzione e consentire un'attiva partecipazione" ha infatti affermato il responsabile e organizzatore dell'evento Gerardo Medea a conclusione dei lavori.



## INFLUENZA, L'APPELLO CONGIUNTO CON FEDERANZIANI: "VACCINIAMO LE PERSONE A RISCHIO"

Durante la conferenza stampa di ieri, **Claudio Cricelli** e **Roberto Messina**, Presidente di Federanziani, hanno lanciato un appello perché le persone a rischio si vaccinino contro l'influenza. Ma non solo. "Dobbiamo eliminare però, prima di tutto, le aree di resistenza all'interno delle categorie professionali, che sono ancora forti - ha spiegato Cricelli -. Medici e personale sanitario devono essere i primi a vaccinarsi, per ridurre il rischio di contagi pericolosi in corsia. Invitiamo quindi anche chi vive con gli anziani a proteggersi, per evitare che nipoti e figli trasmettano il virus alle persone più deboli". "Dobbiamo raggiungere almeno l'80% della popolazione 'fragile' - ha affermato Roberto Messina -, in particolare gli over65 e chi soffre

di patologie croniche, respiratorie o cardiache, nelle quali l'influenza può determinare complicanze. Eppure in Italia ci fermiamo sotto il 70%, in alcune regioni arriviamo a malapena al 50%. La causa? L'aggressività e la diffidenza dell'opinione pubblica verso i vaccini, due cose totalmente ingiustificate. Eppure, i recenti casi di cronaca sul ritiro di dosi non sicure confermano il fatto che nel nostro Paese i controlli funzionano. Aumentando la copertura, non solo diminuirebbero gli 8.000 decessi attribuibili direttamente all'influenza, ma eviteremo anche le centinaia di migliaia di malati che vengono ricoverati ogni anno. Riducendo così sofferenze ed esborsi notevoli per il sistema sanitario. La nostra Federazione si fa volen-

tieri, durante il Congresso SIMG, di questo appello, per un semplice motivo. I medici di famiglia sono ancora

più ascoltati dagli anziani, perché rappresentano per loro un vero e proprio punto di riferimento".







LA SIMG  
LABORATORIO  
APERTO  
DELLA NUOVA  
MEDICINA  
GENERALE  
NELLE NUOVE  
CURE PRIMARIE

29° congresso  
nazionale  
SIMG  
FIRENZE  
22-24 novembre 2012  
Palazzo dei Congressi



# RAPPORTO HEALTH SEARCH, LA FOTOGRAFIA DELLA MEDICINA GENERALE

La pubblicazione del settimo Rapporto Health Search (HS) avviene in un periodo di profondi cambiamenti delle cure primarie e di crescente consapevolezza da parte delle Istituzioni, nazionali ed internazionali, sulle potenzialità degli archivi elettronici come mezzi per la ricerca epidemiologica, i servizi e l'economia sanitaria. Consapevoli dell'attuale contesto, a partire dalla struttura originale è stata posta maggiore attenzione ai grandi temi di sanità pubblica, oltre agli strumenti di organizzazione e valutazione dei percorsi assistenziali.

Per quanto riguarda gli aspetti di organizzazione e valutazione dei percorsi assistenziali, la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (13 Settembre, 2012) del de-

creto legge N. 158, che prevede la riorganizzazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità assistenziale ed un'offerta integrata delle prestazioni dei medici convenzionati, impone alla medicina generale l'uso di strumenti sempre più sofisticati per la gestione dei percorsi di cura in un'ottica di razionalizzazione delle risorse. Anche per tale motivazione, nel Rapporto HS viene nuovamente affrontato il tema del carico di lavoro in medicina generale, che ha già suscitato grande interesse nell'edizione precedente. La parte epidemiologica mantiene un ruolo centrale, con un aggiornamento sugli aspetti relativi alla prevalenza delle patologie a maggiore impatto sul territorio. HS è d'altro canto l'unico strumento presente in Italia in grado di monitorizzare con tempestività e accuratezza tutti gli aspetti relativi alla diagnosi, al controllo ed alla cura delle cronicità. La prevalenza di patologia è stata analizzata sia nella prospettiva della medicina generale, come necessità della presa in carico del paziente indipendentemente dalla sintomatologia clinica e dal conseguente intervento, che in una prospettiva più epidemiologica. Questa considera come prevalente l'individuo che al momento dell'osservazione presenta una sintomatologia attiva, ovvero che necessita di un intervento diagnostico-terapeutico da parte del medico di medicina generale. Uno degli aspetti più innovativi del settimo Report riguarda la presentazione dell'*Health Search Morbidity Index (HSMI)*, il primo indice sintetico svilup-

pato dalla SIMG, in grado di legare la multimorbilità alle risorse erogate dai medici. Una valutazione in grado di quantificare il grado di complessità clinica è certamente una risorsa preziosa. Permette infatti, attraverso adeguati strumenti di gestione informatica, di stimare la spesa sanitaria di ogni professionista e di confrontarla con un benchmark di riferimento, al netto della complessità clinica della popolazione dei propri assistiti. D'altra parte, in una prospettiva di tipo aziendale, un'analisi sintetica di distribuzione della complessità clinica può rappresentare un ulteriore elemento per definire l'ammontare "appropriato" di risorse da allocare all'intera comunità. Tra i grandi temi di sanità pubblica, il Rapporto HS pone un'attenzione particolare all'obesità, che rappresenta un enorme problema sia per la salute dei singoli individui che per i costi che comporta, in virtù della possibilità di avere sistemi sanitari finanziariamente sostenibili. Le analisi suggeriscono che, a livello individuale, le persone obese generano un differenziale in termini di spese mediche dirette che varia da Paese a Paese, ma che non è mai inferiore al 25%. Health Search è diventato quindi un punto di riferimento nazionale per il monitoraggio di fenomeni che hanno un impatto sulla salute dei cittadini e sul sistema sanitario, nonché come strumento per la ricerca epidemiologica in ambito nazionale ed internazionale. Il crescente numero di collaborazioni con istituzioni come l'Agenzia Italiana del Farmaco,

l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico ed il crescente numero di progetti di ricerca, finanziati da Istituzioni internazionali come la Commissione Europea, l'European Medicines Agency e la Food and Drug Administration, certifica ormai sia l'affidabilità del database sia la capacità scientifica del gruppo di lavoro che giornalmente tratta con alta professionalità tutte queste informazioni. Tali presupposti fanno prevedere un ulteriore sviluppo di Health Search, come strumento sempre più "di riferimento" nel monitoraggio e nella valutazione dei fenomeni della sanità in Italia e in Europa.

**Giampiero Mazzaglia**



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

**Direttore responsabile:**  
Mauro Boldrini

**Direttore editoriale:**  
Sabrina Smerrieri

**Redazione:**  
Paolo Cabra,  
Davide Antonioli,  
Alessandro Andriolo

## BPCO, IL 48% DEI PAZIENTI NON ASSUME NESSUNA TERAPIA

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è la più importante patologia cronica respiratoria, con tassi (prudenziali) di prevalenza stimati dagli osservatori internazionali attorno al 5-6% nella popolazione. La BPCO mostra un trend di mortalità destinato, secondo l'OMS, a collocarsi al 3° posto tra tutte le cause di decesso da qui al 2030. L'impatto sociale della patologia, sia in termini di invalidità che di costi diretti e indiretti, è rilevante e cresce progressivamente con l'aggravarsi della malattia in rapporto all'aumento dei ricoveri ospedalieri e del consumo di presidi terapeutici. La BPCO è una condizione in larga parte prevenibile ed oggi in buona misura trattabile, grazie ad un'ampia disponibilità di farmaci sicuri ed efficaci, nella maggior parte assunti per via inalatoria. La prevenzione si attua soprattutto attraverso l'intervento sull'abitudine tabagica, principale causa di BPCO, la diagnosi precoce e la prevenzione delle esacerbazioni.

Per quanto detto, il medico di famiglia riveste un ruolo di primo piano nell'attuazione dei programmi volti al controllo della malattia. Anche quest'anno Health Search, il principale database della medicina generale italiana, ci fornisce una fotografia dettagliata della gestione della BPCO nella primary care del nostro Paese. I dati verranno presentati oggi nella sessione dedicata all'area pneumologica.

Ne risulta una prevalenza del 2,9%, corrispondente a circa la metà dell'atteso. Tale



dato, stabile negli ultimi anni, potrebbe corrispondere ai pazienti che si trovano negli stadi di malattia più avanzati, mentre mancherebbero all'appello quelli che si trovano negli stadi più lievi. La prevalenza appare distribuita in modo non omogeneo nelle diverse regioni italiane, con una maggior concentrazione in Abruzzo, Campania e Sicilia. La spirometria, ovunque ritenuta il test indispensabile per una corretta diagnosi di malattia, viene prescritta in circa il 60% dei pazienti, ma solo del 24% di questi viene registrato il dato funzionale in cartella. Senza la conferma spirometrica, come è noto, è impossibile stadare la broncopneu-

mopatia e prescrivere i farmaci in modo razionale. La prescrizione farmacologica, sulla scorta di quanto emerge da Health Search, appare inferiore all'atteso, specie trattandosi di una patologia cronica. Infatti ben il

48% delle persone con diagnosi di BPCO non ha ricevuto nel 2011 nessuna prescrizione terapeutica. Questo significa rinunciare all'opportunità di rallentare il declino della funzionalità respiratoria, di migliorare la qualità di vita, di ridurre le esacerbazioni, causa prima di ricoveri ospedalieri e forse di guadagnare un allungamento dell'attesa di vita. La continuità, la frequenza e la facilità dei contatti che il medico di famiglia garantisce, rappresentano il primo presupposto per una reale presa in carico dei pazienti, che si realizza all'interno di un processo di gestione integrata, nel quale può svilupparsi la collaborazione tra tutte le figure di volta in volta coinvolte nell'assistenza al malato: in primis specialisti, poi infermieri, assistenti socio-sanitari e care-givers. Il ruolo del medico di famiglia, anche in considerazione della complessità delle situazioni, spesso portatori di più comorbilità, resta in ogni caso centrale soprattutto quale coordinatore delle diverse figure che ruotano attorno al paziente.

**Germano Bettoncelli**

Con il contributo incondizionato di

**AstraZeneca**

