



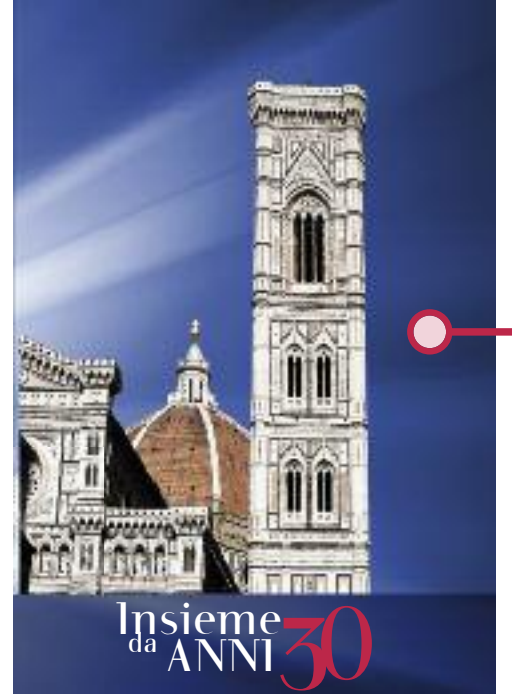
Società
Italiana
di Medicina
Generale

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

29° congresso
nazionale
SIMG

FIRENZE
22-24 novembre 2012
Palazzo dei Congressi

2



Il sindaco di Firenze ha portato il saluto della città in un auditorium gremito in ogni ordine di posto

RENZI: "SIETE L'ELITE, NON DOVETE TEMERE IL MERITO"

Il direttore Pani: "L'AIFA ha bisogno della collaborazione dei medici di medicina generale della SIMG"

"Siete l'élite dei medici di famiglia. Non si deve avere paura del merito. Dobbiamo imparare da voi l'attenzione per la sfera umana, che supera il tecnicismo del singolo intervento di cura. L'attenzione al welfare e all'eguaglianza non può trasformarsi in egualitarismo indistinto. Un principio da applicare in ogni settore della sfera pubblica, dall'istruzione alla scuola alla sanità". Ieri mattina il sindaco di Firenze, **Matteo Renzi**, in un auditorium gremito, ha portato il saluto della città. "Questo Paese - ha sottolineato il primo cittadino di Firenze - non sarà civile finché l'83% del budget delle Regioni va alla sanità, ma i consiglieri regionali guadagnano più di medici, pediatri e oncologi e hanno vitalizi cumulabili con le pensioni. Occorre rimettere al centro di tutto politiche di buon senso. Si avverte molta rassegnazione nel Paese e paura che nel futuro tutto resti immutato. Spero che la nuova organizzazione del servizio sanitario nazionale possa restituire speranza ai cittadini, dando l'opportunità di liberare le energie di chi, come voi, svolge bene il proprio lavoro". "Vanno rifondate le basi della nostra società - ha aggiunto Renzi - ripartendo dalle figure di riferimento come quella rappresentata dal medico di famiglia". Nella sessione politica che si è svolta nel pomeriggio un vivace confronto tra AIFA e SIMG su "Farmaci e cure sostenibili". "Il farmaco - ha detto il vicepresidente **Ovidio Brignoli** - non è solo una sostanza dotata di attività terapeutica, ma anche uno strumento di relazione tra medico e paziente. I problemi riguardano la misurabilità, ancora scarsa in alcuni settori; l'equità, l'appropriatezza, l'efficienza, la sostenibilità. "Abbiamo più di 1000 medici di medicina generale che hanno cultura e mezzi per la ricerca epidemiologica e osservazionale - ha continuato il vicepresidente -. Disponiamo di strumenti e know how per realizzare la spe-



rimentazione clinica e per valutare i processi in termini di outcome. Sappiamo produrre registri di patologia e di monitoraggio dei farmaci". Da qui precise richieste all'AIFA. "Serve maggiore informazione sui farmaci. Chiediamo che vi sia più condivisione dei provvedimenti su quelli prescritti dai medici di famiglia e maggiore accesso all'innovazione. E che siano promossi progetti di ricerca in medicina generale. Il direttore generale dell'AIFA, **Luca Pani**, ha accolto con entusiasmo il confronto e ha premesso tre direttrici fondamentali che caratterizzano l'azione dell'agenzia: responsabilità, appartenenza e trasparenza. "L'AIFA - ha spiegato Pani - da sola non può farcela. Siamo in 450, abbiamo bisogno della vostra collaborazione. L'obiettivo è offrire ai cittadini la migliore sanità possibile". Ma con quali mezzi? "Oggi non abbiamo sufficienti risorse per gestire i farmaci - ha sottolineato -. L'atto medico deve unire appropriatezza ed efficienza. Non sempre ciò che è economicamente giustificato è anche giusto". E ha lanciato un appello. "Chiamo tutti a un più alto livello culturale nella medicina. Non dimentichiamo che l'Italia è il Paese che ha processato Galileo e che, per tornare ai nostri tempi, ha promosso un'interrogazione parlamentare sull'efficacia terapeutica del veleno dello scorpione di Cuba". "Purtroppo non sappiamo se gli atti di demedicalizzazione abbiano effettivamente un ritorno - ha detto -. Per questo serve un fondo farmaceutico nazionale che consideri le necessità del Paese nelle varie aree terapeutiche. Servono politi-

che innovative nell'uso dei farmaci e tener conto dell'apporto che la medicina di famiglia può offrire. La relazione tra medico e paziente è una risorsa che non va dispersa e in cui voi eccellete. È però importante promuovere una nuova cultura dell'appropriatezza e tornare alle origini. Ippocrate raccomandava di 'osservare le dissomiglianze". Pani ha concluso l'intervento con gli impegni dell'AIFA. "Vogliamo - ha spiegato - eliminare le norme in cui prevale l'aspetto burocratico e semplificare la classificazione dei medicinali". Il **Presidente Cricelli** ha introdotto l'intervento video del senatore **Ignazio Marino** lanciando un appello alle forze politiche, in modo da far capire "che non siamo una professione che vuole privilegi: così non si può andare avanti". Assistito raccolto dal senatore PD, che nelle sue parole ha posto al centro i MMG, perché "tutta la sostenibilità del SSN è garantita solo dal loro lavoro - ha spiegato -. Abbiamo allungato l'aspettativa di vita, lavoriamo ora sulla qualità. Per farlo servono risorse che è necessario liberare. Per questo critico l'articolo 1 del d.l. Balduzzi: il contenuto è sacrosanto, ma non è realizzabile. Un primo passo verso l'assistenza h24 è stato compiuto in Toscana, con un investimento di 18 milioni di €. A questa somma vanno aggiunti circa 16 milioni l'anno. Il costo è di circa mille euro al giorno: come un ricovero inappropriato. Quando compiremo il passaggio epocale dall'assistenza nel pronto soccorso al territorio, avremo risorse. Ma per partire, come per le start-up, servono soldi: circa un miliardo di euro per tutta Italia". Il se-



natore **Claudio Gustavino** ha offerto la propria visione delle cose, che si riassume nel concetto: "Fermiamo le macchine e ripartiamo. Il Servizio Sanitario Nazionale è stata un'intuizione straordinaria, di una politica sana e matura, ma la creazione di sistemi sanitari regionali ha reso la situazione ingestibile. Resettiamo tutto, introduciamo risorse e idee, per ricominciare anche con una nuova autorevolezza istituzionale". Anche il **prof. Walter Ricciardi** ha parlato di politica, a differenza della sua relazione di giovedì, dal contenuto scientifico. "Condivido l'impostazione della SIMG: il SSN deve rimanere garante di salute per tutti. Per questo dobbiamo salvarlo dalla politica 'politicante', coinvolgendo gli stakeholder: i professionisti. Sono convinto che il welfare rappresenti uno straordinario volano di crescita, per questo si deve puntare sulla ricerca e sulla formazione. La salute deve diventare cultura". L'intervento di **Roberto Messina**, presidente di Federanziani, ha concluso la sessione politica chiedendo alle forze politiche un radicale rinnovamento a partire dal ruolo delle Regioni in sanità.





Ieri in Auditorium confronto tra il CReG della Lombardia e il Chronic Care Model della Toscana

ECCO COME CAMBIA L'ORGANIZZAZIONE DEGLI AMBULATORI

Indispensabile il passaggio da una medicina "passiva" a una sanità di iniziativa che chiama il malato a controllo

Nella trasformazione del sistema sanitario la riorganizzazione della sanità territoriale, sollecitata anche dal Decreto Balduzzi, trova un momento di forte riflessione. Fra i vari modelli discussi e trattati sono stati presi in esame il CReG della Lombardia e il CCM (chronic care model della Toscana) sottoposti ieri in Auditorium ad una votazione sulla preferenza dei presenti. Il modello prescelto è stato il CCM che ha ricevuto il 54% delle preferenze rispetto al 27% del CReG. Il punto centrale tuttavia non è tanto lo sviluppo di un modello teorico ma la capacità dei medici di medicina generale di comprendere che per far fronte alla crisi e alle esigenze sem-

pre più costose dei pazienti e delle cure di secondo/terzo livello è necessaria una differente organizzazione strutturale dei loro ambulatori. Il passaggio da una medicina "passiva" che attende il paziente in ambulatorio ad una sanità di iniziativa, che, a seconda della patologia cronica, chiama periodicamente il malato a controllo, prevede di iniziare a lavorare con altri operatori socio-sanitari. In modo particolare avremo bisogno di personale infermieristico specificamente preparato ad una attività di counselling e di segreteria per il follow up periodico a seconda dei registri di patologia e dello stadio di malattia, indicato dal medico di fidu-

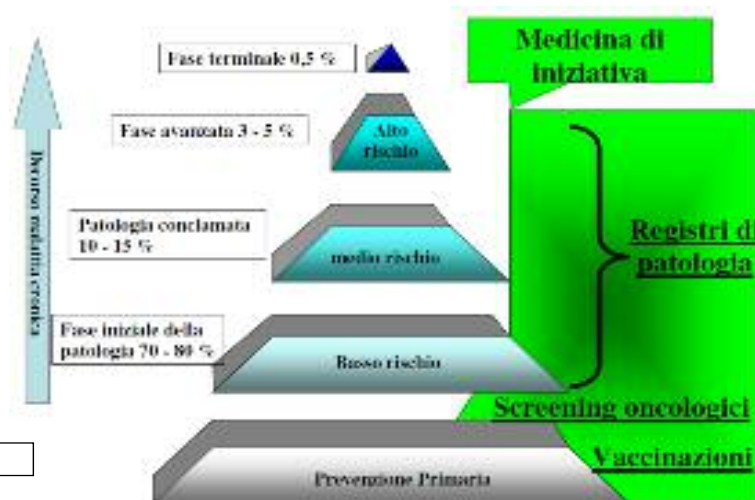
cia. Questo approccio di richiamo attivo comporta la necessità di lavorare non più in maniera isolata e puntiforme ma di raggrupparsi anche in sedi centralizzate e di disporre di sistemi esperti di carattere informatico che possano, in primo luogo, dialogare tra territorio e ospedale (telemedicina, telecardiografia ecc), se possibile senza spostare il malato, e, in secondo luogo, permettano ai medici di famiglia di sviluppare percorsi di miglioramento della qualità e di audit non più in maniera episodica come accade ora ma come parte integrante dell'attività professionale. In questo caso infatti il paziente non troverà soltanto il proprio medico di fiducia, ma "un percorso diagnostico e terapeutico facilitato" composto ad esempio da assistente sociale, specialista/consulente di riferimento, infermieri territoriali e dedicati alla presa in carico per la sua specifica patologia. Il processo necessita di un percorso formativo di tutti gli operatori socio-sanitari e dei medici di famiglia (compresi quelli di prossimo inserimento), che rientra nei programmi della nostra società. Siamo consapevoli che questo non sia immediatamente realizzabile su tutto il territorio. Tuttavia per rispondere alla crisi del sistema, alla deospedalizzazione e alla diminuzione dei posti letto dobbiamo convincerci che il cambiamento dell'organizzazione è già un'esigenza della medicina generale e della sanità.

Saffi Giustini

Il CCM è stato adottato da...

- Olanda
- Washington University
- Danimarca Aartus Universitet
- Canada
- Gran Bretagna (Liverpool School)
- Germania
- Russia
- Finlandia

Le piramidi



Fonte Piero S.

Presentata un'indagine sulle abitudini alimentari dei cittadini

"GLI ITALIANI BEVONO TROPPO POCO, MA NON ECCEDEONO CON GLI ZUCCHERI"

Cricelli: "Questi dati sono essenziali per svolgere reali azioni di prevenzione"

Gli italiani sanno che dovrebbero bere almeno due litri di bevande al giorno ma ne consumano meno della metà (circa 800 ml). Da sfatare invece le credenze sull'assunzione eccessiva degli zuccheri (saccarosio, fruttosio e lattosio): circa 67 grammi quotidiani per gli uomini e 61 per le donne. Ben al di sotto quindi dei 75 grammi, indicati dagli esperti come limite da non superare. È quanto emerge dai dati preliminari dell'indagine LIZ, raccolti su circa 800 persone (saranno 5.000 al termine dello studio) dalla SIMG, in collaborazione con Nutrition Foundation of Italy (NFI). Lo studio è stato presentato ieri in conferenza stampa. "Abbiamo raccolto dati reali e aggiornati per intraprendere e proporre alle Istituzioni azioni di prevenzione mirate - ha affermato il presidente Cricelli -. La medicina dei sani, cioè la promozione della salute attraverso stili di vita corretti, deve agire su sedentarietà, alimentazione scorretta, fumo di sigaretta e abuso di alcol". Eliminando questi fattori di rischio, l'80% delle malattie croniche, come diabete, tumori, ipertensione e patologie cardiovascolari, può essere prevenuto. "Servono nuovi strumenti per far comprendere ai cittadini come mantenersi sani - sottolinea il dott. Ovidio Brignoli, vicepresidente SIMG -. Se nel 1995 il 37,8% della popolazione era sedentario, nel 2010 questa percentuale è salita al 38,3%: si tratta di più di 22 milioni di persone che dichiarano di non praticare nessuna attività fisica nel tempo libero. L'andamento è in preoccupante aumento se si considera che il numero degli obesi dal 1994 ad oggi è cresciuto del 25%. Per agire in modo mirato stiamo raccogliendo dati concreti e aggiornati". "Dopo quella su liquidi e zuccheri - ha spiegato Andrea Poli, Direttore scientifico di Nutrition Foundation of Italy - continueremo a collaborare con SIMG promuovendo indagini sul consumo di grassi, sale e alcol. Il medico di famiglia, per la sua posizione nodale sul territorio, rappresenta infatti l'osservatore ottimale per raccogliere solidi dati di carattere epidemiologico sulle abitudini della popolazione italiana, senza conoscere le quali è illusorio pensare di poter pianificare interventi educativi efficaci".

La Fiorentina scende in campo al fianco della SIMG

LA MEDICINA GENERALE E LO SPORT SI INCONTRANO

Corretta attività fisica e sana alimentazione al centro del confronto

Nel pomeriggio di giovedì si è svolto un importante incontro tra alcuni componenti dell'area Medicina dello Sport della SIMG, tra cui il responsabile nazionale Luigi Gatta e lo staff medico della Fiorentina Calcio, rappresentato dal medico sociale Paolo Manetti. Durante il confronto, che ha avuto luogo nel nuovo centro sportivo della compagine del Presidente Della Valle, si sono approfonditi alcuni argomenti di comune interesse tra sport e medicina, dalla "prescrizione" della corretta attività fisica e dell'alimentazione all'importanza di un'adeguata ripresa dell'esercizio dopo un infortunio osteomuscolare. Per quanto riguarda il primo aspetto, si è sottolineato come la frequenza e l'intensità dell'attività fisica debbano essere il più possibile "ritagliate" sulla singola persona. Anche una corretta alimentazione rappresenta uno degli elementi più importanti prima e dopo l'esercizio fisico: è necessario in tal senso il giusto consumo di frutta e verdura, nella dose consigliata di 5 porzioni al giorno, anche se è sempre necessario distinguere tra le diverse esigenze degli individui. Il secondo aspetto di cui si è parlato è la ripresa dell'attività fisica in seguito a un infortunio, per evitare che il tono muscolare si affievolisca, in seguito a un eccessivo periodo di riposo. Si tratta di un aspetto importante sia per l'atleta, che può contare su apparecchiature all'avanguardia, sia per il comune cittadino, che troppo spesso non trova attraverso la struttura pubblica un percorso adeguato a una

riabilitazione il più possibile precoce e tempestiva. Talvolta trascorre un lasso di tempo anche di 2-3 mesi per l'inizio di un corretto percorso terapeutico, il che significa non riuscire a recuperare completamente dall'infortunio. Invece basta anche un'attività "banale", semplice, ma che sia costante per consentire il totale recupero e il seguente mantenimento del tono muscolare. L'incontro, organizzato da Alberto Giammarini Barsanti dell'Area Medicina dello Sport della SIMG, si è concluso con la visita alle attrezzature del nuovo centro sportivo della Fiorentina, fiore all'occhiello della società giuliana.





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

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



Sessione d'area dedicata a tematiche dal grande impatto sociale, ieri al Palazzo degli Affari

MALATTIE INFETTIVE, PREVENIRE CON VACCINI E STILI DI VITA CORRETTI

In quattro relazioni l'importanza della sorveglianza e della valutazione precoce sulle patologie contagiose

Il tema della prevenzione delle malattie infettive è stato affrontato durante la 21a sessione del Congresso. Sono stati presi in considerazione tre aspetti: la vaccinazione influenzale, quella pneumococcica e la sorveglianza e la prevenzione delle patologie epatiche. **Mauro Ruggeri** ha sottolineato come la vaccinazione antinfluenzale sia fondamentale nell'adulto e nell'anziano, anche se i calendari proposti nei vari Paesi del mondo sono diversi. Alcuni, come gli Stati Uniti, suggeriscono di vaccinare tutta la popolazione a qualsiasi età. Altre Nazioni europee, come l'Italia, preferiscono farlo solo negli over65. È particolarmente importante però vaccinare le persone a rischio, comprese le donne in gravidanza, perché è dimostrato che per loro il rischio di morte per influenza è molto più elevato. La **prof.ssa Chiara Azzari**, dell'Università di Firenze, ha affrontato le infezioni pneumococciche: estremamente severe e frequenti, causano almeno 2 milioni di decessi all'anno nel mondo, soprattutto nei bambini e negli over50. Proprio per questa alta incidenza di malattia e di mortalità, la vaccinazione è utile. Al momento

si dispone di due vaccini, uno polisaccaridico e uno coniugato, che si comporta come un vaccino proteico. La differenza tra i due, dal punto di vista immunologico, è molto grande. Infatti il polisaccaridico induce bassi titoli anticorpali e non determina memoria immunologica. Ogni successiva dose è sempre come la prima. Il vaccino coniugato invece è altamente immunogeno: determina quindi una buona memoria immunitaria e alti titoli anticorpali. Per questo motivo è preferibile a tutte le età. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato, in un position paper, che il vaccino polisaccaridico sembra essere poco efficace nelle categorie a rischio (asplenic, diabetici, pazienti con cardiopatia o pneumopatia cronica): cioè proprio quelle che ne hanno maggiormente bisogno. Sarebbe fondamentale quindi introdurre nel calendario di "vaccinazione per la vita" anche il vaccino antipneumococcico coniugato, almeno a partire dai 65 anni. **Alessandro Rossi** e il **prof. Giovanni Battista Gaeta**, Direttore Unità epatiti virali acute e croniche della II Università degli Studi di Napoli, hanno affrontato il tema delle epatopa-

tie, tramite un'analisi sugli strumenti di screening, sulle modalità di management della malattia in fase avanzata e sulla prevenzione con corretti stili di vita. Queste patologie rappresentano un importante problema di salute pubblica, tanto è vero che sono oggetto in questi giorni di una specifica commissione di lavoro del Ministero della Salute, che produrrà linee d'indirizzo e programmi. I documenti verranno presentati alla prossima Giornata mondiale sulle epatopatie del 29 novembre, sia al Ministero che al Senato. Rossi ha sottolineato come, nonostante in Italia la vaccinazione per l'epatite B sia obbligatoria sui nuovi nati dal 1991, esiste ancora un rischio per le epatiti virali (sia B che C), soprattutto in alcune persone: popolazione carceraria, chi ha fatto e fa uso di droghe per via parenterale, chi ha un'attività sessuale promiscua ed anche i gruppi di popolazione provenienti da Paesi ad alta endemia (est Europa e Asia). Il prof. Gaeta si è occupato del problema delle infezioni con epatopatie croniche. Il 30% dei pazienti con cirrosi ricoverato in ospedale soffre di uno scompenso della malattia, dovuto ad un'infezione. Queste persone

hanno un ricovero ospedaliero più lungo degli altri e sono gravati da una mortalità circa tre volte più elevata. Un punto chiave è il riconoscimento precoce delle infezioni nei pazienti con cirrosi. Spesso, infatti, mancano i tipici segni di infezioni batteriche (per esempio la febbre) e il quadro è dominato dai segni di scompenso della patologia di fegato: ittero, encefalopatia, ascite, insufficienza renale. In tutti i pazienti che presentino segni ingravescenti di scompenso vanno pertanto ricercate infezioni batteriche. Nei pazienti a rischio (con malattia avanzata, che hanno già sofferto di infezioni o con emorragia digestiva) è possibile instaurare una profilassi antibiotica. L'impatto delle infezioni è dunque importante a livello di prognosi individuale e di peso socio-economico, a causa di: elevata mortalità, lunghezza dei ricoveri e complessità delle cure. Questi temi entreranno in un progetto di cooperazione tra SIMG e AISF (Associazione Italiana per lo Studio del Fegato), che abbraccerà a livello educativo ed operativo una serie di tematiche riguardanti le epatopatie nella gestione del MMG.



"COLLEGHI, IMPARIAMO A INSEGNARE"

Spazio ieri per una tavola rotonda sullo stato di avanzamento del Master di II livello dell'Università di Modena e Reggio Emilia, diretto dalla prof.ssa Gabriella Agazzotti e coordinato da Maria Stella Padula, che forma i primi docenti di Medicina Generale in Italia. "Il Master ha lo scopo di fornire ai partecipanti le competenze didattiche per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle cure Primarie, conferendo un titolo accademico - ha commentato Padula -. Non è più un'iniziativa estemporanea della nostra Università: da quest'anno è stata avviata un'iniziativa ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea di Medicina per la progettazione educativa dell'inserimento della medicina generale nei curricula medici. Si è già tenuto un primo incontro il 5 ottobre a Firenze ed è già programmato uno conclusivo a Marzo a Palermo in occasione della prossima riunione della conferenza. Questa progettazione è importante perché dà attuazione a una delle disposizioni della legge 270, che impone la presenza di almeno un medico di MMG come docente in ogni corso di laurea. Ma perché questo sia possibile, efficace e di qualità, è necessario formare i formatori, ovvero i docenti".

ASA E PROTEZIONE GASTRICA: COME MIGLIORARE LA GESTIONE DEL PAZIENTE

L'aspirina, scoperta nel 1800, rimane un farmaco fondamentale nella prevenzione cardiovascolare. Nella pratica quotidiana sappiamo purtroppo che è sottoutilizzata rispetto alle potenzialità. Uno dei motivi spesso portato a giustificazione della mancata prescrizione è il rischio di emorragie. In realtà il rapporto rischio-beneficio è sicuramente favorevole nell'ambito della prevenzione secondaria e anche nei pazienti ad alto rischio ($\geq 20\%$ di eventi a 10 anni) in prevenzione primaria. Oltre a ciò sappiamo che parte del rischio emorragico può essere ridotto dall'uso contemporaneo di PPI. Questi farmaci sono infatti in grado di ridurre di circa due terzi la probabilità di sanguinamento gastroenterico. Già da tempo la nota 1 AIFA ha quindi previsto la rim-

borsabilità di queste molecole nei pazienti con importanti fattori di rischio per emorragia. Sfortunatamente i dati sulla pratica clinica corrente mostrano che la profilassi con PPI è sottoutilizzata. Questa carenza non solo è alla base di emorragie, ricoveri e morti potenzialmente evitabili ma contribuisce anche al fenomeno frequente dell'abbandono della terapia con aspirina. È noto infatti che un numero non piccolo di pazienti sospende il farmaco per effetti collaterali anche non gravi a livello gastroenterico, fenomeno che può essere limitato dai PPI. Non dimentichiamo inoltre l'effetto nocebo: sapendo che l'aspirina può dare problemi gastrici spesso il paziente le attribuisce effetti negativi "inesistenti". Tutto ciò può essere contrastato dal

sapere di essere protetti da un farmaco efficace. Certamente aggiungere un'altra pillola a terapie spesso molto complesse non è sempre facile. L'introduzione di un preparato che

vede associati omeprazolo e aspirina a basso dosaggio può quindi essere utile per risolvere tutti questi problemi senza complicare la terapia del paziente e la vita del medico.





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

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



Nella sessione dedicata alle cure palliative focus su un nuovo modello organizzativo che coinvolge 22 gruppi di 20 camici bianchi

DOLORE CRONICO: LA FORMAZIONE PARTE CON IL PROGETTO TESEO

L'obiettivo è dare concreta attuazione alla Legge 38 del 2010 e migliorare la qualità di vita dei pazienti

Il documento di intesa firmato dalla Conferenza Stato Regioni lo scorso 25 luglio riporta i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione e conclude l'iter legislativo iniziato con la Legge 38/2010: ora non resta che applicare le norme. La Società Italiana di Medicina Generale, precorrendo i tempi, a fine giugno 2012 ha promosso il progetto TESEO

con il grant educativo di Angelini: ha formato 22 Medici di Medicina Generale, selezionati per la loro particolare inclinazione verso le cure palliative e la medicina del dolore (Medici di Medicina Generale con particolare interesse) e soprattutto per la loro motivazione a fare da trainer e supporto "sul campo". 22 gruppi di 20 Medici di Famiglia stanno sperimentando un modello organizzativo (Aggregazione Funzionale Territoriale virtuale) con l'obiettivo di garantire un efficiente sviluppo delle Reti di Cure Palliative e Te-

rapia del Dolore e migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie. La fase attuativa ha già previsto la formazione dei Medici nei gruppi periferici con un corso d'aula (nelle 15 Regioni coinvolte) ed ora prevede il supporto formativo sul campo (consulenza tra pari, tutoraggio diretto), la facilitazione dei percorsi assistenziali, la facilitazione della comunicazione con i Centri Specialistici.

Numerosi i punti di forza del Progetto, ma due sono le novità salienti nel campo clinico assistenziale. La prima novità è l'applicazione di un nuovo approccio alla diagnosi e terapia del Dolore. I medici seguiranno una road-map che li guiderà passo-dopo-passo ad identificare il tipo di dolore ed in base a questo a scegliere coerentemente i farmaci più appropriati. La seconda innovazione, in coerenza con quanto viene ribadito in campo internazionale in merito alla necessità di una identificazione precoce del malato in fase terminale di malattia, è la tenuta di un "registro" dei malati inguaribili, in fase di progressione rapida di malattia (non solo oncologica). Dati della letteratura dimostrano che già la sola identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative, anche quando l'evento morte è ancora lontano, migliora la

qualità delle cure stesse.

L'elemento comunque che consentirà di misurare il cambiamento di comportamento dei medici sarà l'applicazione di sofisticati strumenti informatici che estrarranno dai data-base dei medici alcuni indicatori proxy di appropriatezza al fine di discutere in gruppo le motivazioni che hanno determinato l'eventuale scostamento dai dati attesi. Questo processo (Auditing) è essenziale per ricercare e soprattutto definire il percorso di miglioramento futuro.

Pierangelo Lora Aprile



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

Il punto del Segretario Nazionale Raffaella Michieli sulla più diffusa malattia che colpisce il sistema scheletrico

OSTEOPOROSI, LE TRE DIRETTIVE PER PREVENIRE E CURARE LA PATOLOGIA

"Il programma MilleGPG consentirà di sviluppare un innovativo processo di audit sulle nostre cartelle"

La cura ma soprattutto la prevenzione dell'osteoporosi rappresenta da sempre una delle priorità della nostra Società Italiana di Medicina Generale. In particolare in questi mesi ci stiamo concentrando su tre ambiti specifici. In primo luogo la realizzazione di un volume informativo realizzato in collaborazione con la prof.ssa Maria Luisa Brandi. Un libro che raccoglierà una serie di casi clinici e che sarà strumento di consultazione da parte del medico di famiglia. La patologia, quindi, entra definitivamente nello studio di noi camici bianchi. In secondo luogo stiamo sviluppando un modulo incentrato sull'osteoporosi all'interno del programma MilleGPG. La difficoltà è sempre stata quella di trovare gli indicatori (parametri su cui si basa il programma) relativi alla patologia, ma ora abbiamo inserito nel programma Millewin due indicatori come la familiarità per frattura da fragilità e un campo definito, non più libero, dove registrare il risultato della densitometria ossea. Questi indicatori si aggiungono ad altri parametri (indice di massa corporea, precedenti fratture, terapie cortisoniche, comorbidità) e ci

permettono di sviluppare un nuovo modulo su MilleGPG per creare un nuovo processo di audit sulle nostre cartelle. Potremo così ottenere un miglioramento nell'appropriatezza terapeutica e nella richiesta di accertamenti diagnostici. Uno dei campi dove registriamo da sempre una carenza, infatti, è proprio la mancanza della giusta terapia nel percorso post-frattura. In questo riceviamo l'aiuto del MilleGPG, perché mostra il campione di pazienti fratturati e indica sia la terapia da seguire sia l'aderenza alla stessa, cioè se i pazienti stanno seguendo le cure indicate dallo specialista. Infine, abbiamo sviluppato le nuove carte del rischio di frattura per i medici di medicina generale. Ieri sono stati presentati dal dr.

Mazzaglia i risultati dell'applicazione di questi indicatori, come esperimento della loro affidabilità, all'interno del database Health Search. Le prime proiezioni sono confortanti: un aspetto che potrebbe davvero rivelarsi come una svolta importante nei processi decisionali relativi alla terapia, in quanto uno degli aspetti più problematici delle carte del rischio è stato di definire soltanto il tipo di rischio, senza delineare un percorso terapeutico personalizzato. Questo perché non avevamo indicazione della popolazione a cui applicare la cura. Se seguiamo questo tipo di direzione potremo consegnare alle strutture decisorie del nostro Paese una carta del rischio interamente italiana (elemento molto importante in quanto

popolazioni differenti si fratturano in modo differente) basata su reali pazienti testati nei nostri ambulatori. Un aspetto fondamentale anche per il rapporto costo - beneficio della terapia, per definire a che livello di soglia agire quando siamo in presenza di un rischio di frattura, evitando così percorsi di cura inappropriati.

Raffaella Michieli



Con il contributo incondizionato di

AstraZeneca