

Firenze • 27-29 novembre 2014 • Palazzo dei Congressi >>>>>>>>>>

# 31<sup>0</sup> CONGRESSO NAZIONALE SIMG

Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



Auditorium gremito all'apertura della 31° Assise Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

## “SAPPIAMO RINNOVARCI, SI ALLARGA LA NOSTRA MISSIONE”

Il presidente Cricelli: “Boom di giovani al Congresso. La Scuola di Alta Formazione è un esempio unico in Europa”. Presentato “Viola”

“I tempi cambiano, la SIMG cambia con i tempi e, a volte, li sopravanza”. Con questa parole il presidente **Claudio Cricelli** ha introdotto il 31° Congresso nazionale SIMG. “La nostra società scientifica si rinnova, perché si allarga la nostra missione. Le cure primarie rappresentano il comparto decisivo del sistema sanitario. Ci siamo posti il compito di riempire di contenuti questa fase di transizione”. Tra le novità, la Scuola di Alta formazione della SIMG per le cure primarie e per i medici con speciali interessi disciplinari. Questa struttura costituisce la prima esperienza in Europa per la formazione permanente dei camici bianchi, in particolare dei giovani professionisti. “Da molti anni i farmaci innovativi sottoposti al Piano Terapeutico non sono oggetto di informazione scientifica rivolta ai medici di medicina generale – ha spiegato il presidente -. Ma questa situazione è destinata a cambiare radicalmente. Il progetto dell’Agenzia Italiana del Farmaco, di straordinaria importanza, consentirà a 2.000 medici di famiglia di prescrivere questi medicinali, facoltà finora limitata solo agli specialisti. Abbiamo sostenuto con forza questo progetto e vogliamo offrire opportunità formative ai medici di famiglia. Per questo abbiamo deciso di creare, all’interno dell’Alta Scuola della SIMG, anche la prima Scuola di Alta Formazione del farmaco”. “Le aziende farmaceutiche – ha continuato Cricelli – per molti anni hanno rifiutato il principio che l’informazione medico-scientifica dovesse es-



sere destinata a tutti i medici di famiglia, indipendentemente dal Piano terapeutico. Mi auguro che adesso collaborino con noi piuttosto che farsi da sole paladine dell’informazione medico-scientifica. È bene ricordare che noi forniremo direttamente la formazione ai nostri professionisti. Non ci limiteremo al contenuto del foglietto illustrativo, ma vogliamo insegnare la gestione del farmaco all’interno della complessità del processo di cura. Il progetto AIFA è il riconoscimento della grande capacità della medicina generale di gestire con appropriatezza ogni farmaco. La scuola rappresenta uno strumento indispensabile di formazione manageriale dei camici bianchi. Per troppi anni anche se

privi di conoscenze sui nuovi farmaci e sui relativi effetti collaterali, abbiamo preso in carico pazienti a cui questi medicinali venivano prescritti dagli specialisti. E non ci siamo sottratti alle nostre responsabilità”. Grazie a questa Scuola, il paziente ritroverà nel medico di medicina generale l’interlocutore più completo, cosa che finora purtroppo non è avvenuta, perché il medico del territorio è stato chiamato ad assistere cittadini a cui venivano prescritti farmaci talvolta sconosciuti. Infine il richiamo alle nuove terapie. “Oggi si stanno affacciando terapie in grado di sconfiggere l’epatite C. Trattamenti fondamentali, perché permettono di evitare trapianti di fegato e morti. Ma sembra che la preoccupazione principale sia costituita dai costi di questi farmaci. Non si calcola però che in futuro, proprio grazie alle terapie innovative, non assisteremo più a trapianti di fegato per epatite C”. La Scuola di Alta Formazione della SIMG sarà dedicata a **Alessandro Filippi**, prematuramente scomparso lo scorso ottobre. L’auditorium, gremito e commosso, lo ha ricordato con un lungo applauso. “Alessandro è stato e sarà sempre un grande amico – ha detto Cricelli chiamando sul palco la moglie e i figli del dott. Filippi -. Voglio ricordare la sua umanità e competenza. Coloro che ci hanno lasciato faranno parte per sempre della nostra società scientifica”. È poi seguito il saluto dei rappresentanti delle Istituzioni e delle Società scientifiche. Il richiamo a una scienza unitaria e senza barriere nelle parole di **Mauro Ucci** dell’Ordine dei

Medici di Firenze. “Viviamo un momento storico importante – ha evidenziato **Alessio Nastruzzi**, segretario della sezione provinciale FIMMG di Firenze -. Si sta svolgendo il ‘Forum Risk Management’, forse il territorio comincia a ottenere la giusta attenzione”. “Questo interesse però desta anche qualche timore – ha ribadito **Gilberto Gentili**, presidente CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto) -. È necessario che alla medicina del territorio non vengano sottratte competenze”. Per **Massimo Gaiotto**, rappresentante di Farmindustria, la ricerca clinica è ancora deficitaria nel nostro Paese e vanno aumentati gli investimenti. “Senza dimenticare gli altri due aspetti – ha detto Gaiotto -: accesso all’innovazione, che deve essere messo a disposizione della medicina generale e tutela della libertà prescrittiva”. **Giorgio Moretti**, amministratore delegato di Dedalus, ha sottolineato come la medicina del territorio sia pronta a cogliere le necessità strutturali del Paese. Evidenza di numeri e fatti nell’intervento di **Alberto Oliveti**. “Con la riforma previdenziale e del patrimonio i cambiamenti sono stati sostanziali – ha spiegato il presidente Fondazione Enpam -. Ci siamo affidati a procedure rigorose, con un sistema di controllo affidato a un magistrato della Corte dei Conti. E abbiamo rinnovato il nostro Statuto. Vogliamo investire le nostre risorse non solo in aree che implicano redditività ma anche sviluppo e sostegno della professione”. Alle linee del cambiamento si è ispirato l’intervento di **Silvestro Scotti**. “Molti progetti SIMG – ha affermato il vicesegretario nazionale FIMMG – sono il risultato della volontà di essere liberi. Nessun contratto obbliga la medicina generale a fare ricerca. Ma da anni la SIMG è capace di innovarsi. Uno sforzo purtroppo poco compreso”. **Sara Funaro**, Assessore Welfare e sanità del Comune di Firenze, ha evidenziato l’importanza della collaborazione con la medicina di famiglia. “Siete il nostro occhio sul territorio – ha affermato Funaro -. Dobbiamo ragionare in termini di salute, partendo dalla formazione e dalla prevenzione. E costruire insieme percorsi complessi in rete”. L’assessore ha poi ricordato il progetto “Viola”, la prima campagna di sensibilizzazione dei medici di medicina generale sulla violenza domestica.







(segue da pag. 1)

Proprio il manifesto di “Viola” è stato presentato nella conferenza stampa di apertura del congresso. “Ogni medico di famiglia ha, fra le sue pazienti, almeno 120 donne che hanno subito violenza fisica o sessuale – ha sottolineato il segretario SIMG, **Raffaella Michieli** -. Ma il fenomeno è sottostimato e, purtroppo, sottovalutato. Infatti solo il 30% delle vittime ne parla con il proprio medico di medicina generale, perché pensano che non rientri fra le sue competenze. Le conseguenze degli abusi possono essere molto gravi”. Nel 2013 si sono registrati in Italia 179 femminicidi, nel 70% dei casi il reato è avvenuto nel contesto familiare o affettivo. E la violenza domestica è la seconda causa di morte per le donne in gravidanza. I camici bianchi del territorio possono rappresentare le prime vere sentinelle dell’integrità delle donne, grazie al rapporto diretto con le pazienti. “Gli abusi sono compiuti quasi sempre da uomini che la vittima conosce bene, come il marito o il fidanzato – ha continuato **Cricelli** -. Il manifesto è strutturato come un’agenda settimanale: ogni giorno è descritto un tipo di violenza fisica, psicologica o economica. Chiediamo alle donne di parlare con il medico di famiglia prima che sia troppo tardi. Il primo passo è costituito da questo manifesto, che colpisce l’attenzione di tutti: le donne violate, i loro aguzzini e le persone che non vogliono vedere”. Il progetto “Viola” rispecchia il nuovo ruolo del medico di famiglia, chiamato a curare non solo il corpo, ma la persona. “La nostra professione – ha evidenziato in conferenza stampa il vicepresidente, **Ovidio Brignoli** – sta affrontando cambiamenti radicali, paragonabili a quelli avvenuti 30 anni fa quando il cosiddetto ‘medico della mutua’ diventò ‘medico del servizio sanitario nazionale’. Non ci sarà un’organizzazione sanitaria unica, ma a livello locale e regionale tutto il sistema dovrà essere sottoposto a una grande sperimentazione in itinere. Questo congresso segna la svolta, testimoniata anche dal nuovo nome della nostra società scientifica, evocativo di questa rivoluzione. Il nuovo sistema dovrà essere focalizzato sulle malattie croniche e sul cosiddetto ‘Chronic care model’”. Il 31° Congresso si caratterizza anche per la rilevante presenza dei giovani medici, più di 600. “Non partecipano al congresso solo come uditori – ha concluso **Cricelli** -, in ogni sessione è previsto un giovane come discussant. Vogliamo costruire con loro il passaggio generazionale che sta portando alle nuove cure primarie”.

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:**  
Alessandro Andriolo  
Paolo Cabra  
Fabrizio Fiorelli

Eiaculazione precoce e DE al centro del “processo” ieri in Sala Verde

## DISFUNZIONI SESSUALI, “CONDIVIDIAMO IL PAZIENTE CON LO SPECIALISTA”

“Processo” ai ruoli del medico di medicina generale e dello specialista in area andrologica, ieri in Sala Verde: chi si deve occupare di un tema così delicato come le disfunzioni sessuali? L’accusa, rappresentata dai “Pubblici Ministeri” **Nicola Mondaini** (Ospedale “Santa Maria Annunziata”, Firenze) e **Ciro Basile Fasolo** (Azienda Ospedaliera Universitaria, Pisa), ha sostenuto che la disfunzione erettile e l’ejaculazione precoce debbano essere di pertinenza prettamente specialistica. È intervenuta poi la difesa, rappresentata da **Aurelio Sessa**, che ha spiegato perché il problema vada invece ricondotto nell’ambito della medicina generale, per una serie di situazioni e di prerogative peculiari del MMG: si occupa sempre delle persone nella

loro interezza, con un approccio e una visione olistiche; la disfunzione sessuale può rappresentare il marker predittivo di altre problematiche, come le patologie cardiovascolari; il medico di medicina generale ha il vantaggio di una continuità nel tempo dell’assistenza e il problema può essere ripreso più volte nel corso della vita del paziente; è anche medico della famiglia, conosce quindi spesso anche il partner e può comprendere al meglio le ripercussioni sulla relazione di coppia; infine, la maggior parte delle terapie farmacologiche viene prescritta nell’ambito della medicina generale. Dopo aver elencato i punti forti della “difesa” sono intervenuti anche i “giurati” (tutti MMG) per la discussione sui vari aspetti elencati. La sentenza è

stata emessa da **Raffaella Michieli**, il “giudice” di questo particolare processo, che ha “condannato” tutte le parti coinvolte, per aspetti differenti. I medici di medicina generale dovrebbero eseguire sempre un esame obiettivo del paziente, occupandosi anche della fascia di popolazione più anziana, della quale troppo spesso ci si dimentica. Queste persone hanno diritto a una migliore qualità di vita, anche sotto l’aspetto sessuale. Gli specialisti, invece, non dovrebbero appropriarsi completamente del paziente, ma sono invitati a condividerlo con il MMG, coinvolgendo la medicina generale in tutte le attività di ricerca in questa sfera.

## “RACCONTA IL TUO DIABETE”, PREMIATI I 3 MIGLIORI MANOSCRITTI

Il concorso “Racconta il tuo diabete”, collegato al sito [iltuodiabete.it](http://iltuodiabete.it), ha premiato i 3 migliori racconti fra tutti quelli pervenuti alla commissione giudicante. Negli ultimi 10 anni il numero di persone colpite dalla malattia nel nostro Paese è aumentato di 800mila unità, a causa dell’invecchiamento costante della popolazione. Oltre i 75 anni un italiano su 5 ne è affetto. La SIMG ha sempre dedicato attenzione all’interno del Congresso nazionale agli aspetti scientifici legati alla malattia. In questa edizione è stato approfondito anche il lato emozionale. I manoscritti sono stati magistralmente drammatizzati da un attore professionista, Renato Giordano, e sceneggiati da una galleria di fotografie e musiche adeguatamente scelte. La performance, particolarmente toccante e commovente, è stata gradita dal numeroso pubblico presente in auditorium. In chiusura **Corrado Artale** ha raccontato la storia di una persona con diabete siciliana vissuta e sentita dal suo medico di famiglia.



La tecnologia permette di abbattere i costi e ridurre i margini di errore

## NASCE IL NETWORK PER UNIFORMARE L’ASSISTENZA SUL TERRITORIO

I medici di famiglia diventano “social” e fanno rete tra loro. Nasce infatti GPG Network, la prima struttura virtuale dedicata alla medicina generale e accessibile con un semplice clic da internet ([www.gpgnetwork.it](http://www.gpgnetwork.it)), che permette ai camici bianchi di condividere informazioni aggiornate sulle modalità di gestione delle principali patologie e sulla loro efficacia sia sul piano clinico che “economico”. Il Network è stato presentato ieri nella sessione dedicata all’informatica. Il sistema, utilizzato già da circa 3mila medici, consente così di ottenere una

fotografia reale e costantemente aggiornata del management di 4 milioni di malati, il campione più vasto al mondo. Medici e amministratori possono in questo modo effettuare confronti e valutazioni utili ai fini clinici e gestionali. L’innovazione digitale si sposa all’assistenza continua sul territorio. “Come risulta dall’ultimo rapporto Health Search, i cui dati sono confrontabili in tempo reale con i valori registrati da GPG Network, il nostro carico di lavoro è aumentato in maniera esponenziale: da 6,6 contatti all’anno per paziente del 2003 a 8,3

del 2011, che equivale a oltre 30 visite al giorno – spiega **Gerardo Medea** -. Un dato in crescita in particolare per i camici bianchi che lavorano nel Sud e nelle Isole. Ecco perché diventa fondamentale fare rete, comunicare e condividere informazioni aggiornate e avvalorate dall’immensa mole di dati da noi gestiti e originati. Grazie al network possiamo applicare con maggior facilità gli stessi percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali in tutta la Penisola diminuendo i margini di errore e abbattendo così anche i costi”.





Dall'apprendimento sui farmaci alla gestione dei malati, focus sui NAO in Auditorium

# “NUOVI ANTICOAGULANTI, SONO NECESSARIE CONOSCENZA, COMPETENZA E QUALITÀ”

La buona conoscenza e la gestione della terapia con anticoagulanti orali rappresentano aspetti interessanti e innovativi nell'attività professionale del MMG, di fronte al paziente portatore di fibrillazione atriale non valvolare. Anche alla luce della determina AIFA che, a breve, consentirà a un gruppo sperimentale di 2.000 medici di medicina generale italiani di prescrivere direttamente alcune classi di farmaci di utilizzo territoriale, attualmente vincolati al piano terapeutico. Tra questi farmaci, i NAO rappresentano una classe di forte rilevanza prescrittiva verso la quale la medicina generale è chiamata a dare un'adeguata risposta di conoscenza, competenza e qualità. Questi e altri temi sono stati al centro della prima sessione di ieri del Congresso, moderata da **Pierclaudio Brascesco** e **Damiano Parretti**. Nell'ambito dei pazienti portatori di FA, esistono tre situazioni differenti che andrebbero ottimizzate: portatori di FA che non eseguono alcun trattamento o che non sono a conoscenza della loro condizione (i dati provenienti dalle stroke unit evidenziano come diversi pazienti si ricoverano per ictus tromboembolico senza conoscere una loro precedente condizione di FA); portatori di FA che stanno assumendo terapia antiaggregante orale anziché anticoagulante, quando si sa che quest'ultima determina un risparmio significativo in inci-

denza di eventi cerebrovascolari tromboembolici; pazienti portatori di FA in trattamento con antagonisti della vitamina K, che presentano criteri di rimborsabilità AIFA per l'accesso alla terapia con nuovi anticoagulanti, con un livello di safety superiore per sanguinamenti maggiori, soprattutto in riferimento all'emorragia cerebrale, oltre a un'efficacia terapeutica di non inferiorità e, in alcuni casi, addirittura di superiorità.

**Giuseppe Di Pasquale** (Direttore Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna) ha presentato le evidenze di beneficio e di

sicurezza dei tre anticoagulanti orali ad oggi disponibili (dabigatran, rivaroxaban e apixaban), specificandone le caratteristiche nelle diverse condizioni cliniche e focalizzando l'attenzione sulle precauzioni d'uso e sulle controindicazioni specifiche in determinate condizioni cliniche (prevalentemente rappresentate dalla FA valvolare e dalla insufficienza renale di grado severo).

**Davide Imberti** (Direttore Unità Operativa Complessa di Medicina Interna, Centro Emostasi e Trombosi, Ospedale Civile, Piacenza) ha concentrato la sua relazione sulle indicazioni all'utilizzo dei nuovi AO al di là della FA

non valvolare, in particolare in riferimento alla profilassi antitromboembolica in chirurgia ortopedica maggiore e nella gestione della trombosi venosa profonda.

**Bruno Guillaro** e **Doriano Battigelli** hanno invece presentato le linee comportamentali da seguire in medicina generale nella gestione della terapia anticoagulante: l'utilizzo degli algoritmi CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC (valutazione rischio trombotico) e HAS-BLED (valutazione rischio emorragico); il calcolo del tempo trascorso in range (TTR medio) dei pazienti in terapia anticoagulante con antagonisti della vitamina K; l'individuazione dei numerosi pazienti che presentano difficoltà logistiche organizzative per l'esecuzione dei controlli periodici di INR necessari, in caso di terapia con dicumarolici; l'individuazione dei pazienti che hanno difficoltà di seguire correttamente la terapia anticoagulante con antagonisti della vitamina K per difetti di compliance. Guillaro e Battigelli hanno inoltre ribadito i criteri di eleggibilità globale dei pazienti da trasferire a terapia con NAO.

I relatori hanno anche presentato gli schemi di shift nella necessità di cambiare la terapia anticoagulante e di passare da antagonisti della vitamina K a NAO, da NAO ad antagonisti della vitamina K, da eparina a basso peso molecolare ad antagonisti della vitamina K o NAO, e viceversa.

## Ultim'ora

### IL PRESIDENTE CRICELLI SUI DECESSI SOSPETTI PER IL VACCINO ANTINFLUENZALE

“Il nostro obiettivo è la salvaguardia dei cittadini, ma non è giustificabile l'allarmismo generalizzato. Invitiamo tutti gli operatori sanitari e i cittadini a controllare l'eventuale presenza nei frigoriferi dei lotti di vaccino antinfluenzale a rischio. I medici di medicina generale di questo Paese sono stati avvertiti, ma non deve diffondersi il panico”. Il presidente **Claudio Cricelli** commenta così la decisione dell'AIFA di vietare l'utilizzo di due lotti di un vaccino contro l'influenza dopo tre decessi. “Quanto avvenuto è un evento circoscritto. Informeremo tutti i medici italiani su quanto avvenuto”.

## BPCO, LA JOB DESCRIPTION PER GESTIRE AL MEGLIO LA PATOLOGIA

Facendo seguito al mandato della società scientifica, l'area pneumologica della SIMG, prima tra tutte le aree, ha presentato ieri la Job Description della BPCO. Avendo preliminarmente definito gli obiettivi assistenziali della patologia, i componenti del gruppo di lavoro hanno illustrato i compiti e gli strumenti necessari per il loro raggiungimento, gli standard accettabili rispetto a quelli ideali e gli indicatori utili al medico per il monitoraggio delle proprie performance. Nel percorso gestionale sono stati considerati il momento della diagnosi, la gestione del problema fumo, gli aspetti della terapia, l'educazione del paziente, il follow up, la gestione integrata con lo specialista, i modelli di audit. Al termine delle presentazioni, è stato proposto alla platea il confronto tra il modello di best practice elaborato dal gruppo di lavoro e la daily practice vissuta dai medici nella loro quotidianità. Il giudizio sui modelli è stato espresso con votazione ed ha prodotto risultati di estremo interesse. Nel corso dei lavori è emerso molto chiaramente che il raggiungimento di

determinati livelli di standard assistenziali è legato imprescindibilmente ai modelli organizzativi e alle dotazioni del medico di medicina generale. La Job Description della BPCO delinea finalmente con chiarezza una risposta ai bisogni assistenziali del paziente commisurata alle risorse disponibili. Questo è un passaggio determinante nel confronto con le Istituzioni sugli obiettivi assistenziali della primary care e sui relativi costi. **Giorgio Monti** ha illustrato i possibili modelli gestionali nei quali la Job Description della BPCO potrebbe trovare applicazione pratica. **Germano Bettoncelli**, in chiusura, ha sottolineato come nel prossimo futuro la medicina generale potrebbe ricevere dalle Istituzioni remunerazioni su mandati assistenziali ampi, per il raggiungimento dei quali dovrà provvedere autonomamente a reperire al proprio interno, ma anche esternamente, strumenti e modalità di lavoro congrui. Tale prospettiva si inserisce in un quadro di ulteriore complessità tenuto conto di quanto prevede il Decreto Balduzzi con l'istituzione delle AFT e delle UCCP.

## DISTURBI GLUTINE INDOTTI, UN PROBLEMA SEMPRE PIÙ FEMMINILE

leri si è svolto presso la Sala Verde la sessione dell'Area Gastroenterologica “Disturbi glutine indotti nella pratica clinica”.

**Enzo Ubaldi** ha introdotto la sessione sui disturbi correlati al glutine parlando del problema celiachia nella medicina generale. Le evidenze più recenti si allargano a considerare altre entità inquadrabili all'interno di questo problema (allergia e sensibilità al glutine) che riconoscono meccanismi immunitari e non. Attualmente nella pratica clinica è possibile codificare nella cartella informatizzata solo la celiachia come problema specifico. Nel database Health Search si vede una prevalenza media di circa cinque pazienti per medico, con una preponderanza del sesso femminile nel rapporto di 2,5/1 rispetto a quello maschile, che ha un rapporto di un paziente ogni 260 assistiti. È possibile svolgere un'analisi dei pazienti a rischio di malattia attraverso il programma Mille GPG che affianca la cartella clinica informatizzata con la possibilità di attuare una strategia di *case-finding*. Questa ci permette di diagnosticare più pazienti affetti da celiachia. È importante identificare la

patologia perché la dieta priva di glutine previene le complicanze, ripristina l'integrità della mucosa intestinale e migliora la qualità di vita dei pazienti.

Il prof. **Carlo Catassi**, dell'Università Politecnica delle Marche, ha presentato gli aspetti clinici dei pazienti con reazione avversa al glutine. In particolare ha posto l'accento sulla tipologia del malato con sensibilità a questa sostanza. Ad oggi non esistono marker specifici sull'entità patologica. La diagnosi resta di esclusione e il test gold standard è rappresentato dall'esclusione-reintroduzione del glutine dalla dieta.

Il prof. **Umberto Volta**, del Policlinico Sant'Orsola di Bologna, ha infine relazione sulla diagnostica delle reazioni avverse al glutine. Di interesse specifico per la medicina generale sono i test di primo livello rappresentati dagli anticorpi anti-transglutaminasi che hanno una elevata specificità e sensibilità diagnostica per la malattia. Gli anticorpi anti-endomisio andrebbero richiesti come test di conferma nei pazienti positivi agli anticorpi anti-transglutaminasi. I test genetici DQ2-DQ8 invece non andrebbero richiesti come test di screening.





La collaborazione rientra nel progetto "Dependentia". Avviati i corsi territoriali di formazione

# DIPENDENZE, OGGI LA FIRMA DELL'ACCORDO FRA SIMG E FEDERSERD

Lo scenario sta cambiando: si va dalla classica addiction da oppiacei, alle ludopatie fino all'abuso di alcol e tabacco

L'accordo quadro fra SIMG e FeDerSerD, firmato oggi, rappresenta il completamento di un lavoro comune con altri soggetti (DPA e altre società scientifiche), supportato da un progetto professionale SIMG, chiamato "Dependentia". L'iniziativa ha visto la creazione di un sezione del sito SIMG, con informazioni, notizie e materiale formativo sul tema dell'addiction. Il sito ha avuto quasi 20mila accessi negli ultimi 11 mesi, a testimonianza del grande interesse nei

confronti dell'argomento. Si sono inoltre avviati corsi territoriali di formazione, che hanno visto coinvolti circa 150 medici di medicina generale. È quindi strategico continuare e rilanciare l'azione sulle dipendenze e in questa ottica si colloca l'accordo con FeDerSerD. "Lo scenario delle dipendenze sociale, epidemiologico e sanitario - spiega **Alessandro Rossi**, responsabile del progetto e dell'Area Dipendenze della SIMG - è uno di quelli che sono maggiormente cam-

biati negli ultimi 10 anni in tutti i Paesi. Ricordiamo che la mission di entrambe le società è di operare nel servizio sanitario nazionale come prima linea nei confronti di questi problemi, che stanno cambiando partendo dalla classica addiction da oppiacei (seppur con forme molto diversificate), all'allargamento ad altre sostanze psicotrope, alle cosiddette ludopatie (particolarmente estese negli ultimi anni) fino alle dipendenze da sostanze legali come alcol e tabacco".

La medicina generale si sta preparando ad una fase di significativa e profonda evoluzione culturale ed organizzativa, alla luce di quanto attestato nel Patto per la Salute 2014, in cui verranno privilegiate forme organizzative estese e complesse, che andranno col tempo a superare da un punto di vista di erogazione di servizi l'azione professionale del singolo medico. All'interno di queste forme associative (AFT, UCCP ecc), ci sarà spazio per una progressiva diversificazione dei ruoli professionali e per l'emergere di figure professionali con particolari interessi (sulla scorta del GP with special interest britannico). "I SerD - continua Alessandro

Rossi - progressivamente si stanno caratterizzando come Servizi specialistici per le Dipendenze e i consumi problematici. Il paziente dipendente richiede un accesso ai servizi sanitari almeno della medesima fruibilità degli altri cittadini e privo dello stigma". Come si legge nell'accordo, "nell'ottica di una alleanza strategica che, rompendo illogiche ed inattuali separatezze, miri al miglioramento ed al riposizionamento delle rispettive categorie professionali e al miglioramento della comunicazione tra esse, SIMG e FeDerSerD convengono e stipulano:

1. di collaborare per i principi generali e le altre azioni enunciate nelle premesse
2. di collaborare per la difesa e la valorizzazione degli interessi specifici in azioni verso le Istituzioni competenti, nazionali e locali
3. di collaborare, nel rispetto del reciproco interesse, con piani di programmazione da concordare annualmente, nelle attività di promozione, prevenzione, sviluppo della ricerca scientifica, della formazione ed aggiornamento professionale sui temi di comune e specifico interesse
4. di promuovere e realizzare campagne di comunicazione dal forte impatto di immagine (sul modello di quelle realizzate per il progetto VIOLA di SIMG)
5. di convenire che nei rispettivi congressi, convegni e formazioni, quando verranno affrontati temi comuni, verranno istituite sessioni integrate che coinvolgeranno relatori di entrambe le Società Scientifiche
6. che nei congressi, convegni e corsi organizzati dall'una o l'altra Società Scientifica, venga riconosciuta ai soci dell'una e dell'altra Società Scientifica, indipendentemente dall'appartenenza, la possibilità di avvalersi della quota di iscrizione ridotta riservata ai soci
7. di nominare come responsabili del coordinamento della convenzione il prof. Fausto Pietro D'Egidio per FeDerSerD e il dott. Alessandro Rossi per SIMG, i quali annualmente proporranno un programma delle iniziative da sviluppare
8. che l'accordo di collaborazione avrà effetto dalla data di firma dello stesso e sarà valido per due anni
9. che ciascuna parte potrà terminare l'accordo prima di tale data, dandone comunicazione scritta all'altra parte, con un preavviso di 30 giorni
10. che il presente accordo non prevede alcun impegno economico per nessuna delle due Società Scientifiche
11. che qualsiasi modifica a questo accordo non sarà valida e vincolante, ove non risulti da atto scritto e firmato da entrambi le parti".



Dibattito ieri in Auditorium sul ruolo del counselling sulle abitudini nutrizionali

## "ITALIANI RIMANDATI A TAVOLA. SOLO IL 15% CONSUMA 5 DOSI DI FRUTTA E VERDURA OGNI GIORNO"

Il 44% degli italiani mangia solo 1-2 porzioni giornaliere di frutta e verdura, il 45% è sedentario e il 20% non rientra nel peso forma. Sono i principali risultati emersi dal test online, presente sul sito [Curarelasalute.com](http://Curarelasalute.com), nell'ambito della campagna realizzata con il patrocinio della SIMG. Al sondaggio, presentato ieri durante la sessione "Gli integratori e i multivitaminici: c'è chi dice sì... c'è chi dice no... c'è chi dice forse...", hanno risposto circa 2.000 persone. I risultati mettono in luce errori e cattive abitudini e confermano il quadro emerso da una recente indagine GfK Eurisko, secondo la quale solo il 15% degli italiani mangia le 5 porzioni di frutta e verdura giornaliere raccomandate dall'OMS. 7 su 10 non fanno inoltre uso di integratori e oltre il 60% di questi indica, tra le motivazioni del mancato consumo, di non ritenersi a rischio di deficit nutrizionali. Il MMG è riconosciuto come una figura di riferimento con cui dialogare: il 43% delle persone dichiara infatti di confrontarsi con lui su questi argomenti, ben l'80% richiede consigli sugli integratori. "I dati

ci confermano che le abitudini alimentari diffuse nella maggior parte della popolazione sono scorrette. Sempre più quindi il medico di famiglia è chiamato a consolidare il proprio ruolo di counselling al paziente - spiega **Claudio Cricelli** -. Dobbiamo monitorare le abitudini dietetiche ed evidenziare possibili carenze nutrizionali, oltre a fornire consigli e indicazioni su dieta, attività fisica ed eventuale necessità di integrazione alimentare, suggerendo le soluzioni più indicate ed evitando così che si affidino a rimedi fai-da-te". La sessione è stata moderata da **Claudio Cricelli**, dal prof. **Roberto Bernabei**, Direttore del Dipartimento Geriatria, Neuroscienze ed Ortopedia del Policlinico Gemelli di Roma, dal prof. **Mi-**

**chele Carruba**, Direttore del Centro Studi e Ricerche sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano e da **Luigi Santoiemma**. Al centro del dibattito, i risultati di un importante trial randomizzato e controllato, il Physicians' Health Study II, promosso dal National Institutes of Health americano. Il trial indipendente, durato oltre 10 anni, è stato condotto su una popolazione di oltre 14mila medici americani over 50, con uno stile di vita virtuoso e un'alimentazione corretta. Secondo le evidenze raccolte, l'assunzione di un integratore multivitaminico-multiminerale è risultata sicura ed efficace, dimostrando di avere un effetto preventivo su alcune delle patologie più diffuse dell'età adulta-anziana.

Con il contributo incondizionato di

**AstraZeneca** 