

30° Congresso Nazionale SIMG

La Sanità ad una svolta. La Medicina Generale alla guida del cambiamento

Il messaggio del Ministro della Salute al Presidente del 30° Congresso SIMG

LORENZIN: "VOI, NODO CENTRALE DELLA NUOVA RETE DI ASSISTENZA"

"Il cittadino deve trovare sul territorio una risposta efficace e appropriata. L'obiettivo è garantire la continuità delle cure, nel rispetto dei criteri di accessibilità ed equità"

"Voglio, innanzitutto, ringraziare per il graditissimo invito a prendere parte al 30° Congresso Nazionale SIMG, previsto per il 22 novembre.

Avrei sinceramente desiderato intervenire per portare il mio personale saluto a tutti i presenti; purtroppo improvvisi e inderogabili impegni non mi consentono di essere con Voi oggi.

Voglio esprimere ai protagonisti di questa importante giornata il mio ringraziamento per la professionalità e l'impegno con cui ogni giorno promuovete e realizzate iniziative volte a rafforzare e valorizzare la figura del medico di medicina generale.

La figura del medico di medicina generale, si sa, è quella a cui siamo più affezionati, perché da sempre più vicina a ognuno di noi: il medico di fami-

glia è il professionista che più di chiunque conosce il paziente, la sua storia umana e clinica, il contesto familiare e sociale in cui vive. Inoltre, il medico di medicina generale rappresenta il trait d'union, l'anello di congiunzione fra territorio, di cui è "protagonista" indiscusso, e ospedale.

Uno degli obiettivi principali che stiamo perseguendo, come ben sapete, è il potenziamento del territorio e la contestuale riorganizzazione delle cure primarie. È sul territorio che il cittadino deve trovare una risposta efficace e appropriata alle proprie esigenze assistenziali. Il territorio è il luogo in cui si rende concreta l'integrazione e la continuità tra i vari servizi sanitari e sociali, in cui si realizza la presa in carico globale dell'assistito, attraverso una visione olistica

del paziente che, di certo converrete, può nascere solo dalla conoscenza della sua storia personale.

L'obiettivo è quello di garantire agli assistiti la continuità delle cure, nel rispetto dei criteri di accessibilità e di equità, attraverso l'implementazione di una medicina che rafforzi la rete integrata di assistenza socio-sanitaria, secondo i principi di collaborazione ospedale-territorio, di continuità assistenziale, di appropriatezza del luogo di cura.

In tale contesto appare evidente la centralità del medico di medicina generale, il cui ruolo è destinato ad essere sempre più potenziato e valorizzato, poiché questi rappresenta uno dei nodi più rilevanti della nuova rete di assistenza, pensata per garantire alla persona, nelle diverse fasi di evoluzione della propria

salute, un'assistenza efficace, efficiente e appropriata.

Nel formulare i migliori auguri di buon lavoro, porgo a tutti i presenti i miei più cordiali saluti."

Beatrice Lorenzin



Un opuscolo per sensibilizzare i professionisti e un'indagine su tutte le pazienti

VIOLENZA SULLE DONNE: PARTE 'VIOLA', IL PROGETTO PER ABBATTERE IL MURO DEL SILENZIO

È indispensabile individuare per tempo i casi sospetti. Cricelli: "Oggi solo il 30% delle vittime parla degli abusi con i camici bianchi. Bastano poche domande mirate durante la visita per far emergere il non detto"

Corrono un rischio doppio di depressione, abuso di alcol e psicofarmaci. Le donne vittime di violenza domestica nel nostro Paese sono circa 15.000 ogni anno, ma il fenomeno è sottostimato. Solo il 30% delle vittime parla con il proprio medico di famiglia della violenza subita, perché pensano che non se ne occupi e soprattutto perché non hanno ricevuto domande dirette sul tema. Per questo la SIMG lancia "Viola", la prima campagna nazionale di sensibilizzazione sulla violenza domestica rivolta ai medici di famiglia. I dati disponibili su questo tipo di reato si possono ricavare dagli accessi ai centri antiviolenza. La grande maggioranza delle violenze compiute ai danni delle persone accolte in queste strutture è

commessa fra le mura di casa da uomini con i quali le vittime hanno o hanno avuto un legame profondo: nel 60% dei casi infatti l'autore della violenza è il partner e nel 20% l'ex partner. Le conseguenze possono essere devastanti, perché, anche se si è liberata del proprio aggressore, la donna continua a percepire, in molti casi, la propria salute come negativa. "Grazie al nostro rapporto continuativo con le assistite - ha spiegato il presidente **Claudio Cricelli** -, possiamo diventare le sentinelle contro la violenza sulle donne. Il progetto si articola in diverse iniziative. Verrà distribuito un opuscolo informativo a 30.000 camici bianchi: troppo spesso la mancata conoscenza e la sottovalutazione del fenomeno in-

ducono i professionisti a ignorare i segnali d'allarme. È importante che il medico di famiglia pratichi lo 'screening' su eventuali abusi e due sono le domande fondamentali da porre alla paziente: 'Si sente mai insicura in casa sua?' e 'Qualcuno ha mai provato a picchiarla o a farle male?'. È essenziale cioè far emergere il problema attraverso il colloquio clinico, per poi registrarlo nella cartella informatizzata, così otterremo i dati di incidenza del fenomeno. Inoltre dobbiamo aiutare le pazienti fornendo loro informazioni sulle reti di sostegno locale (numero verde, centri antiviolenza). E sensibilizzarle attraverso l'esposizione nella sala d'aspetto di poster informativi con i riferimenti delle organizzazioni locali preposte all'aiuto". Nel 2012 in Italia sono state uccise 124 donne. Il 69% era italiano così come il 73% degli assassini. Il 60% dei femminicidi è avvenuto tra persone che avevano una relazione di affetto e fiducia e nel 63% dei casi il reato si è consumato in casa o della vittima o di un familiare. "Se il medico di medicina generale - ha affermato **Raffaella Michieli** - prendesse coscienza dell'alto numero di donne tra le sue pazienti che potrebbero aver subito uno o più episodi di violenza domestica, presterebbe maggior attenzione nel riconoscerne i 'campanelli d'allarme', rappresentati dall'aumento dei problemi della sfera genitourinaria, ginecologica e gastroenterica, da mutamenti in senso negativo dell'umore e dalla perdita dell'autostima. In realtà la mancata conoscenza del fenomeno e l'enorme ca-

rico di lavoro quotidiano legato alle patologie croniche, rendono difficile per il professionista individuare i segni indiretti di qualche forma di abuso". "Un'indagine svolta su Health Search, il database della SIMG - ha continuato Michieli -, ha dimostrato che nel 2009 solo 20 medici di famiglia hanno registrato un problema legato alla violenza sulle donne. Ma ricerche svolte negli ambulatori hanno al contrario evidenziato che, analizzando attentamente il fenomeno, emerge una prevalenza, compresa fra il 25 e il 40%, in linea con i dati della letteratura. Ad esempio, da uno studio pilota svolto negli ambulatori dei medici di famiglia della provincia di Venezia su un campione di 153 donne, attraverso questionari anonimi, si è evidenziato che il 25% aveva subito episodi di violenza domestica. E il 25% delle donne vittime di abusi ha una percezione negativa del proprio stato di salute, contro solo l'8% delle pazienti che non l'hanno subita. Il 74% ha dichiarato di aver assunto un farmaco contro la depressione solo dopo l'episodio di violenza, gettando le basi per un legame stretto tra violenza e utilizzo di psicofarmaci". Per analizzare il fenomeno in tutto il territorio nazionale la SIMG ha promosso, nell'ambito del progetto "Viola", un'indagine che prevede la diffusione di un questionario alle pazienti di ogni nazionalità che accedono agli studi dei medici di famiglia.





Lanciato il progetto "2014 anno della prevenzione cardiologica e oncologica". Presentati i dati di uno studio su più di 23.500 persone **L'ASPIRINA PROTEGGE DAL CANCRO. MORTALITÀ RIDOTTA DEL 34% IN 5 ANNI**

"I benefici sono evidenti in chi assume il farmaco per almeno un quinquennio per prevenire eventi cardiovascolari"

L'assunzione regolare di aspirina protegge dal cancro. Lo ha dimostrato l'analisi di 8 studi, pubblicata su *Lancet*, su 23.535 pazienti trattati con il farmaco nelle dosi utilizzate per prevenire eventi cardiovascolari, con una riduzione della mortalità per tumori del 34% dopo 5 anni e del 20% dopo 20 anni. I dati sono stati presentati ieri nella seconda conferenza stampa ufficiale del Congresso. "Il 2014 - ha spiegato **Claudio Cricelli** - sarà l'anno della prevenzione cardiologica e oncologica promosso dalla nostra società scientifica. Recentemente numerose ricerche hanno ipotizzato che nella scelta dell'utilizzo dell'aspirina, soprattutto in chi non ha mai avuto eventi cardiovascolari, debbano essere considerati anche i potenziali benefici che potrebbero derivare in ambiti patologici apparentemente distanti da quello delle malattie cardiovascolari. Se, in precedenza, il miglioramento della prognosi era limitato a pazienti con tumore del colon-retto, oggi questi dati estendono i benefici ad altri tipi di cancro, agli adenocarcinomi in generale". Le malattie cardiovascolari si confermano la prima causa di morte con 224.830 decessi (anno 2009, ultimi dati Istat disponibili). Nel 2013 si stimano in Italia 366.000 nuove diagnosi di neoplasia e 173.000 morti. "La necessità di un periodo di latenza prima che l'effetto protettivo dell'aspirina cominci ad estrinsecarsi indica una possibile interferenza del farmaco con i meccanismi di cancerogenesi - ha continuato il presidente SIMG -. Sulla base di queste ricerche, nell'elenco dei fattori che dovrebbero essere presi in considerazione nel calcolo beneficio/rischio di una terapia preventiva cardiovascolare con aspirina a bassa dose, è necessario annoverare anche gli effetti positivi aggiuntivi in termini di riduzione della mortalità per cancro, oltre al calo dell'incidenza delle metastasi".

Presentati i modelli gestionali della Toscana e della Sicilia, fondati sul chronic care model **BPCO, SOLUZIONI PER LA PRESA IN CARICO DEL MALATO**

Affollata sessione interattiva su una patologia che colpisce oltre 2 milioni di italiani

Sono stati presentati gli statement per la gestione della Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) nella *primary care*. "I numerosissimi medici in sala hanno discusso e valutato alcune nuove proposte per la presa in carico del paziente - ha commentato **Germano Bettoncelli** che ha moderato l'incontro -, allo scopo di definire un'area di appropriatezza condivisa per la gestione della BPCO in termini di prevenzione, diagnosi, terapia e follow up. Sono stati poi affrontati aspetti di tipo gestionale-organizzativo relativi all'utilizzo delle cartelle informatizzate e alla collaborazione con gli infermieri, e sono stati proposti una serie di indicatori di qualità misurabili nell'ambito della presa in carico globale del paziente con BPCO da parte del medico di medicina generale". Sono stati quindi presentati due modelli gestionali - ha aggiunto Bettoncelli -: quello della Toscana, basato su nuclei di cure primarie (*chronic care model*) e quello della Sicilia, anch'esso fondato sul *chronic care model*, anche se non in fase di completa attuazione. Questi modelli sono stati discussi ed esaminati, nel corso della sessione, con altre figure con cui quotidianamente il medico di medicina generale deve integrarsi nella pratica clinica, in particolare gli specialisti pneumologi (per i quali è intervenuto il **Giuseppe Di Maria**), gli infermieri (per i quali è intervenuta **Federica Paolacci**) e i farmacisti (per i quali è intervenuto **Andrea Giacomelli**). Rappresentanti istituzionali della Toscana (**Ettore Giustini Saffi**) e della Sicilia (**Paolo Francesco Lombardo**) hanno poi commentato i programmi organizzativi delle rispettive Regioni per la gestione della BPCO e i primi dati che si cominciano

a raccogliere come valutazione dell'efficacia dei modelli". Nel corso della sessione, infine, **Carla Bruschelli** di Roma ha presentato tre video realizzati appositamente nei mesi scorsi): il primo dal titolo "Gli obiettivi di cura della BPCO in Medicina Generale", è stato presentato da; il secondo dal titolo "Presa in carico del paziente e standard praticabili in Medicina Generale" e il terzo dal titolo "I modelli regionali: Sicilia e Toscana". "Le proiezioni simulavano la visita del paziente affetto da BPCO nello studio del medico di medicina generale - ha concluso Bettoncelli -. Questa nuova modalità di approccio al problema della gestione del paziente ha suscitato notevole interesse da parte dei medici di medicina generale e costituisce un grande stimolo a sviluppare sempre più questo modello di formazione anche in futuro".



Master universitario di II livello di SIMG in collaborazione con l'Ateneo di Modena **"NASCE IN ITALIA LA SCUOLA PER PAZIENTI FORMATORI"**

La nuova figura, già presente in altri Paesi, è un esperto che diventa docente del medico

Dopo aver presentato gli strumenti didattici più innovativi e coerenti con i cambiamenti che interessano le cure primarie, la sessione sull'insegnamento in medicina generale ha visto molti interventi e una discussione propositiva. Hanno partecipato, in particolare, i tirocinanti della Formazione Specifica provenienti da numerose sedi, che hanno chiesto alla SIMG di sostenere l'omogeneità e la qualità della formazione professionale dei medici del futuro. Anche i tutor hanno manifestato il bisogno di essere supportati nel percorso di formazione continua, per offrire ai tirocinanti risposte didattiche e in linea con il nuovo contesto delle cure primarie. Hanno inoltre chiesto di potersi confrontare con i colleghi, tutor e docenti, dei diversi poli didattici e di far parte dei consigli didattici nei centri di Direzione delle Agenzie regionali. "Da più interventi - ha sottolineato **Maria**

Stella Padula - è stato manifestato il bisogno di 'imparare ad insegnare', come sta avvenendo con il Master universitario di II livello realizzato da SIMG in collaborazione con l'Ateneo di Modena e la SIPEM. In questo Master, la didattica è focalizzata su strumenti peculiari ai contenuti della professione, come la medicina narrativa, che permette di esplorare i vissuti di malattia dei pazienti e delle famiglie e di aiutare i medici a migliorare le cure. La possibilità di avere come formatori non solo docenti veri e propri, ma anche pazienti e familiari è assolutamente innovativa in Italia. Nasce così la figura del paziente-formatore, un esperto della sua malattia che diventa insegnante del medico e degli altri pazienti. Una pratica già sperimentata in altri Paesi, come testimoniano, nel Master, gli interventi di pazienti-formatori canadesi e francesi, che, alla fine di questo corso, saranno docenti con la SIMG in una scuola dedicata anche in Italia. A conclusione del Master, è prevista per l'8 marzo una conferenza in cui saranno presentate le proposte formative che la SIMG vuole realizzare a partire dal 2014. Questo progetto prevede un percorso didattico strutturato sia nel post laurea che nel pre laurea. Ricordiamo infatti che a Modena il corso di laurea 'La Medicina Generale' è curricolare dal terzo al sesto anno". Uno dei dirigenti della FIMMG nazionale, presente nella sessione, ha dichiarato l'interesse a portare avanti, in qualità di sindacato, le proposte emerse durante la discussione. In conclusione, i partecipanti si sono dichiarati disponibili a offrire il loro contributo per realizzare il percorso formativo annunciato. È intervenuto, fra gli altri, il presidente SIPEM, prof. **Fabrizio Consorti** in rappresentanza degli universitari coinvolti nel progetto.



Auditorium gremito per la sessione di politica sanitaria dedicata alle cure primarie di domani, con il confronto tra il lavoro in team e quello individuale

“IL NOSTRO SISTEMA UNIVERSALISTICO È UNA CONQUISTA IRRINUNCIABILE”

I tagli della spesa devono guardare al territorio per garantire la qualità dell'assistenza e per “liberare” gli ospedali

“L'introduzione dei sistemi di sanità pubblica rappresenta una fra le più importanti conquiste di civiltà degli ultimi 100 anni. Questi modelli sono irrinunciabili. Ma nel prossimo ventennio avremo un totale ribaltamento della logica dell'ospedale”. Il presidente **Claudio Cricelli** ha così introdotto la sessione politica dedicata alla “Medicina Generale e le cure primarie di domani”. “I limiti in sanità sono economici, non finanziari – ha sottolineato il presidente SIMG -. La sostenibilità del sistema è un non senso, perché tutto dipende da scelte allocative. L'errore è l'aver trasformato una struttura ad alta intensità cura come l'ospedale in un luogo in cui trattare le malattie croniche. La SIMG ha ‘inventato’ un personaggio ideale, il ‘Signor Territorio’, per assistere i cittadini e liberare gli ospedali. Tutto quello che avviene nei nosocomi deve essere immediatamente percepito dal territorio, che rappresenta il

dominus della salute delle persone. Con compiti socialmente indispensabili, come quello rappresentato dall'individuazione di coloro che assumono sostanze additive”. È poi intervenuto **Giovanni Serpelloni**, Direttore del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. “Siamo di fronte a una radicalizzazione dell'offerta di new drug che nessuno Stato riuscirà mai a fermare – ha evidenziato Serpelloni -. Abbiamo siglato un accordo con la SIMG con finalità preventive, il progetto ‘MMG Drugs Prevention’. Il 40% di coloro che accedono al pronto soccorso per problemi di intossicazione sono esattamente cosa ha assunto. Le sostanze psicoattive di ultima generazione sono potenti ma di difficile individuazione. Tra il 2009 e il 2013 sono state scoperte 297 nuove molecole psicoattive. Ricordiamo però che, come risulta dall'ultimo rapporto delle Nazioni Unite, l'Italia è fanalino di coda per consumi e si colloca al 27° della classifica. Il merito è da attribuire alle politiche di prevenzione”. **Paolo Francesconi** della Agenzia regionale sanità della Toscana ha presentato i risultati del progetto “Valore”, pubblicati su Health Policy (6 Regioni, 21 distretti e 2000 medici di famiglia coinvolti). “Sono state comparate – ha spiegato Francesconi - le 2 forme di assistenza, individuali e aggregate, in rapporto a tre condizioni croniche: diabete, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco. Non è emersa nessuna differenza significativa nella gestione di queste malattie tra il lavoro in team e quello individuale”. Un altro studio condotto in Toscana invece ha evidenziato differenze marcate. “Il Piano sanitario 2008-2010 – ha sottolineato Francesconi - ha segnato il passaggio dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. Il Chronic care model ha evidenziato un approccio proattivo su tutta la comunità degli assistiti. L'adesione al mo-

ditoraggio nei pazienti con diabete è sensibilmente migliorata, così come l'esposizione alle terapie. Il consumo di prestazioni ambulatoriali è aumentato nei pazienti con diabete e calato in quelli con scompenso cardiaco. E, soprattutto, si è vista una diminuzione significativa degli accessi al pronto soccorso”. “Il budget da assegnare alla sanità – ha detto l'onorevole **Giovanni Monchiero** - dipende dalla volontà politica. Credo però che lo stato attuale delle risorse sia così basso da suscitare preoccupazione. Purtroppo la percezione del problema è scarsa tra gli stessi politici. I ‘tagliatori’ di costi che si sono succeduti negli ultimi anni non hanno ottenuto i risultati annunciati. Il futuro del SSN è critico, richiede inventiva e un ribaltamento dell'assunzione di responsabilità nei confronti dei cittadini. Il problema futuro è rappresentato dall'integrazione dell'ospedale nel territorio”. **Giacomo Milillo**, presidente FIMMG, ha

posto l'accento sul rapporto di fiducia che lega il medico di famiglia ai pazienti. “Costituisce un elemento di contatto con la persona di enorme potenza – ha affermato Milillo -. Dobbiamo passare da un lavoro individuale a uno di squadra. Ma non basta l'organizzazione, servono le competenze, che devono essere continuamente aggiornate. Possiamo utilizzare la nostra forza, rappresentata dal rapporto privilegiato con i pazienti, per far sentire la nostra voce nei palazzi della politica. Lo scopo del SSN è produrre salute”. Ha chiuso la sessione politica **Walter Ricciardi**, esperto di sanità pubblica, che ha spiegato come la riduzione della spesa sanitaria in Grecia, Spagna e Portogallo si sia tradotta in un aumento dei casi di HIV, malaria, suicidi e depressione. “Il rigore dettato dall'austerità – ha concluso Ricciardi - è folle e fa pagare un prezzo troppo alto in vite umane perse”.



Vi sono ampi margini di miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva degli esami diagnostici subito dopo il sospetto del disturbo

TIROIDE, IL NOSTRO RUOLO DALLO SCREENING AL FOLLOW UP A LUNGO TERMINE

Presentate le raccomandazioni internazionali per la gestione e sicurezza del paziente: emerge un forte bisogno formativo per il significativo impatto sulla pratica clinica



La sessione dedicata all'area metabolica ha affrontato a 360 gradi tutti i problemi tiroidei dall'iper all'ipo-tiroidismo fino al nodulo. Il focus della discussione ha toccato le modalità diagnostiche e gestionali, visto il ruolo di primo livello del medico di medicina generale nello screening e nell'analisi dei sintomi di malattia. Sono stati analizzati i segni e i sintomi che permettono al professionista di formulare il sospetto di malattia, ma soprattutto l'appropriatezza prescrittiva degli esami diagnostici, rispetto ai quali è stata evidenziata da tutti i relatori la presenza di ampi margini di miglioramento. In molte di queste patologie rimane determinante il ruolo del medico di medicina generale nel follow up a lungo termine, su cui sono state presentate le raccomandazioni internazionali e le linee di intervento da rispettare per la buona gestione e la sicurezza del paziente. “L'ampia discus-

sione – ha sottolineato **Gerardo Medea** - ha evidenziato un forte bisogno formativo dei medici di famiglia sui temi trattati, sia perché di forte impatto sulla pratica clinica e per l'alta prevalenza dei problemi sia perché questi aspetti raramente erano stati discussi in una sessione congressuale della nostra società scientifica. I pareri espressi confermano la scelta di inserire questo argomento nei topic del congresso e rappresentano un'indicazione per il futuro”. In effetti partiranno nei prossimi mesi attività di tipo formativo e di ricerca per la gestione dell'ipotiroidismo che coinvolgeranno molti colleghi in tutta Italia. L'obiettivo è migliorare l'autonomia operativa nei casi di competenza dei medici di famiglia nella gestione dei problemi tiroidei e formare colleghi con particolare interesse al tema, che fungano da primo livello di consulenza, prima del coinvolgimento dello special-

ista in endocrinologia. “Per quanto gli accertamenti diagnostici e le terapie dell'iper e dell'ipo-tiroidismo siano datati e consolidati – ha continuato Medea -, in questi ultimi anni sono emerse novità che devono essere trasmesse e diffuse alla professione e che possono migliorare notevolmente i risultati clinici. Ricordiamo ad esempio la possibilità di utilizzo dell'ecografia quale test di diagnosi di primo livello nell'ambulatorio del medico di medicina generale e l'utilizzo di levotiroxina in formulazione liquida che migliora l'assorbimento e gli effetti terapeutici del farmaco”. Anche se appartenetene fuori tema, un'interessante deviazione è stata quella sull'helicobacter pylori e sugli effetti degli inibitori di pompa nel trattamento con levotiroxina, per cui si è potuto fornire un up to date sugli effetti patologici del batterio e sulla sua eradicazione”.



Oggi in Auditorium il primo convegno dedicato agli studi clinici in Medicina Generale. Pubblicati oltre 100 lavori su riviste indicizzate

“FONDAZIONE SIMG E RICERCA: LA MISSION SI APRE AI DETERMINANTI DI SALUTE”

Rilanciamo il tema su aspetti che coinvolgono non solo il benessere o la malattia. Cercheremo di analizzare le situazioni legate sia allo stile di vita che alle abitudini alimentari e voluttuarie, all'attività fisica e alla scolarità

La SIMG fa ricerca da più di 10 anni e ha pubblicato oltre 100 lavori su riviste indicizzate. Ha costituito nel 1998 l'unico database delle medicina generale italiana, Health Search, prevalentemente impostato per fornire dati epidemiologici di prescrizione dei farmaci in relazione agli aspetti clinici. Questo è il motivo per cui le ricerche e le pubblicazioni della nostra società scientifica sono state focalizzate soprattutto sulla valutazione di alcuni aspetti di epidemiologia delle malattie o sull'uso dei farmaci. Nel 2007 la nostra società scientifica ha istituito la Fondazione SIMG per la ricerca, con lo scopo precipuo di avere uno strumento idoneo a produrre studi e lavori in questo ambito, in collaborazione con enti e Istituzioni nazionali e internazionali. Ma oggi rilanciamo questo tema anche su aspetti che coinvolgono non solo la salute o la malattia. Vogliamo occuparci dei determinanti di salute, quindi di tutte le situazioni legate allo stile di vita, alle abitudini alimentari e voluttuarie, all'attività fisica e alla scolarità. Si tratta di una giornata storica, per

rilanciare ufficialmente il tema della ricerca originale ed autonoma della medicina generale. Abbiamo bisogno di ridefinire gli obiettivi e gli strumenti necessari e formare un adeguato network di professionisti in grado di raccogliere dati e fornire informazioni e studi su questi temi. La giornata, dopo la presentazione del presidente **Cricelli** sulla mission di SIMG in tema di ricerca, vedrà l'intervento di **Franco Lapi** su Health Search e di **Aurelio Sessa** sui risultati di un questionario elaborato e proposto ai soci della SIMG. Alcuni ospiti, come **Gianni Tognoni** dell'Istituto Mario Negri, avranno il compito di presentare il panorama delle opportunità e degli strumenti di ricerca in mg, mentre **Lucien Abenham** illustrerà lo stesso tema con uno sguardo internazionale. Verranno proposti alcuni lavori sugli anticoagulanti orali da **Alessandro Filippi** e sui nuovi farmaci antidiabetici da **Gerardo Medea**. **Gaetano D'Ambrosio** e **Maurizio Cancian** introdurranno il tema della ricerca a fini di miglioramento della pratica professionale, trattando l'argo-



mento del PSA. Infine **Ovidio Brignoli** presenterà il primo studio dedicato alla valutazione di alcuni comportamenti alimentari, in particolare sull'apporto di zuccheri determinato dall'assunzione di bevande dolci e spalmabili. La giornata non ha quindi obiettivi metodologici, ma

vuole presentare ufficialmente alla comunità scientifica e ai membri SIMG questa nuova area di lavoro, cercando di evidenziare gli apporti peculiari e di novità che la medicina generale può fornire non solo agli altri operatori sanitari, ma anche ai decisori e alle Istituzioni sanitarie del Paese.

Il bilancio dell'immunizzazione nel secondo bollettino settimanale della rete Influnet

“VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE GRATUITA AGLI OVER 50”

“Estendiamo la vaccinazione gratuita alla popolazione degli over 50. L'abbassamento dell'età minima è già stato adottato in diversi Paesi europei tra cui la Gran Bretagna. Per l'Italia si tratterebbe di aggiungere ai circa 12 milioni di over 65 altri 7-8 milioni di persone, vaccinando praticamente un terzo della popolazione”. È l'appello di **Claudio Cricelli** durante la seconda giornata congressuale. “Anche la circolare pubblicata dal Ministero della Salute con le raccomandazioni per la stagione 2013-2014 annuncia che le istituzioni coinvolte inizieranno una discussione in questo senso – ha aggiunto Cricelli –. Numerosi studi farmaco-economici dimostrano la

piena sostenibilità della vaccinazione al di sopra dei 50 anni. Uno di questi riporta addirittura che per l'Italia l'estensione di indicazione genererebbe un risparmio. Potremmo quindi sperimentare anche nel nostro Paese questa pratica, valutando poi il risultato in termini di costi ed efficacia dell'immunizzazione”. Il vaccino rimane la vera arma di prevenzione contro l'influenza. “Rappresenta un'importante misura di protezione individuale e di tutela della salute pubblica, perché riduce le complicanze, evita ricoveri a volte inutili e favorisce l'efficienza dell'assistenza sanitaria – ha sottolineato Cricelli –. Per questo rivolgiamo un appello a tutti gli italiani, in par-

ticolare alle categorie più a rischio come over65 e bambini, perché si sottopongano alla vaccinazione”. Gli italiani, invece, sembrano ancora diffidenti. “Ogni settimana sono 150.000 i connazionali costretti a letti da patologie respiratorie acute o sindromi parainfluenzali – ha evidenziato **Aurelio Sessa** –, numero che sale a oltre 600.000 se consideriamo il periodo tra il 14 ottobre e il 10 novembre. Come nel 90% delle stagioni precedenti, il virus verrà isolato nella prima metà di dicembre, il che darà il via alla vera stagione influenzale. Il bilancio di questa prima fase di immunizzazione è positivo per quanto riguarda la popolazione anziana, meno per quanto

riguarda gli under 65, i bambini portatori di patologie croniche e le altre categorie protette. Per questo rimane fondamentale l'impegno del medico di famiglia, che deve costantemente e quotidianamente ricordare l'importanza della vaccinazione ai cittadini e ai pazienti”. Quest'anno i virus influenzali in circolazione saranno tre. “La nostra rete di medici di medicina generale distribuiti su tutto il territorio nazionale – ha concluso Sessa – fornisce con tempestività informazioni sull'evoluzione della patologia. Abbiamo iniziato le rilevazioni alcune settimane fa e dagli ultimi dati risulta con evidenza che le malattie respiratorie simili all'influenza stanno avanzando”.



Il giornale del congresso è realizzato da

Intermedia
Ufficio Stampa 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 Andrioli