



# VVENIRE

Direttore **Mario Falconi**. Direttore Responsabile **Michele Olivetti**

# M

# EDICO



Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, Medici di Famiglia, Medici Continuità Assistenziale, Medici Emergenza Territoriale e Medicina dei Servizi

**Supplemento**  
**al n. 4 - Aprile-Maggio**  
**2006**

Poste Italiane spa - Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003 (conv. in l. 27/02/2004  
n. 46) art. 1, comma 1, DCB Ancona  
Contiene IP

**Editoriale di Mario Falconi**

## **DEVOLUTION: LA FIMMG DICE SEMPRE NO**

*Davvero non abbiamo incertezze in vista del prossimo voto al referendum del 25 e 26 giugno. Da sempre, infatti, siamo per un'Italia unita e solidale in tutti gli aspetti della vita democratica, a cominciare dalla tutela della salute. Da sempre denunciavamo i rischi di una logica che vuole frammentare il Paese, rendendo i forti più forti e abbandonando gli altri.*

*Abbiamo criticato aspramente il federalismo voluto dal centro sinistra e non ci siamo mai accontentati degli aggettivi che dovevano mitigarlo. Non ci ha convinto il "federalismo solidale", il "federalismo cooperativo", perché sotto i nostri occhi i fatti parlano chiaro: il federalismo ha fatto crescere le differenze tra le diverse realtà territoriali del Paese, soprattutto in ambito sanitario. Ma la devoluzione, introdotta a colpi di maggioranza nella Costituzione, sarebbe la definitiva consacrazione di queste differenze, la rinuncia a ogni intervento possibile per correggerle e superarle. Per questo abbiamo sostenuto la raccolta di firme per chiedere il referendum, per questo voteremo NO ai quesiti referendari e inviteremo a votare NO tutti i cittadini con cui siamo quotidianamente in contatto.*

*Creare 21 diversi e distinti sistemi sanitari regionali è una prospettiva catastrofica per motivi etici, scientifici e sindacali.*

*Innanzitutto vuol dire rinunciare ad una conquista storica, l'unità d'Italia, e rendere "legge" il fatto che i cittadini italiani NON abbiano uguali diritti. E la frammentazione è l'esatto contrario di tutto quello che la scienza e l'epidemiologia moderne ci insegnano. Davanti a minacce come la Sars, come si può pensare di dare risposte regionali? Qualcuno pensa davvero che virus e contagi si fermino su una immaginaria frontiera locale? La salvaguardia della salute oggi impone strategie di ampia portata, soprannazionali, altro che logiche da cortile!*

*Infine, non dobbiamo dimenticare la nostra funzione sindacale. La "potestà legislativa esclusiva" delle Regioni in materia di assistenza e organizzazione sanitaria potrebbe facilmente tradursi, infatti, in forme organizzative differenziate e quindi in nuovi e diversi modi di erogare le cure primarie: qui con i contratti di dipendenza, là mantenendo le Convenzioni, nell'altra Regione magari stipulando accordi con qualche assicurazione. Sono sicuro che i medici di famiglia non vogliono tutto questo. E sono sicuro che voteranno NO.*

## Il 25 e 26 giugno si vota per il referendum costituzionale

# **NO ALLA DEVOLUTION** **PER UN DIRITTO ALLA SALUTE** **UGUALE IN TUTTA ITALIA**

La riforma costituzionale, approvata al termine della scorsa legislatura a colpi di maggioranza, potrebbe distruggere il Sistema sanitario nazionale fondato su criteri di uguaglianza, equità e solidarietà. Il nuovo testo della Costituzione, infatti, assegna alle Regioni la "potestà legislativa esclusiva" in materia di "assistenza e organizzazione sanitaria", scuola, polizia locale e "ogni altra materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato". Se si dovesse applicare questa norma costituzionale, dunque, le 21 realtà regionali italiane (comprese le due province autonome) potranno riorganizzare il proprio sistema sanitario con criteri anche completamente differenti, sulla base di orientamenti politici o ideologici e anche a seconda delle risorse finanziarie della Regione.

La Fimmg è apertamente schierata contro questa "controriforma" costituzionale e contro tutte le ipotesi di frammentazione del Paese e del suo sistema sanitario. Per questo la Fimmg ha sostenuto la raccolta di firme per chiedere il referendum e per questo oggi invita tutti i medici di famiglia e tutti i cittadini a votare NO, per cancellare i cambiamenti introdotti alla Carta Costituzionale

SEGUE A PAGINA 2



**Al via il Governo guidato da Romano Prodi**

## **LIVIA TURCO** **AL MINISTERO** **DELLA SALUTE**

"Lavorerò nel solco di Rosy Bindi", ha annunciato La neoministra arrivando nella sede di Lungotevere a Ripa. E non sembra davvero voler perdere tempo, avviando rapporti con tutti i protagonisti del mondo sanitario. Nel lungo incontro avuto con il segretario nazionale della Fimmg Mario Falconi sono stati affrontati i temi che più stanno a cuore ai medici di famiglia: prevenzione, sviluppo delle cure primarie e le difficoltà del sistema Ecm. E si profila un maggior coinvolgimento del sindacato nelle "stanze di regia"

SERVIZIO A PAGINA 2

## Il vicesegretario Giacomo Milillo illustra lo stato delle trattative regionali

# **A CHE PUNTO SONO GLI ACCORDI INTEGRATIVI**

In Piemonte, Veneto, Liguria, Lazio e Toscana sono già stati siglati. In Sardegna si è arrivati al pre-accordo. Altrove la situazione sembra ancora in stallo. Ad oltre un anno dalla firma della Convenzione nazio-

nale la definizione degli Accordi regionali mostra un certo ritardo, dovuto anche agli appuntamenti elettorali che si sono susseguiti, con le elezioni regionali prima e quelle politiche nazionali ora. In-

tanto si pensa ad una riforma della Sisac, all'interno della quale è stato creato recentemente l'Osservatorio per la medicina generale

INTERVISTA A PAGINA 3

Ricerca in medicina generale: il progetto iperaldosteronismo primario (Pip)

## Pip: quali sono i criteri clinici che indirizzano la prima diagnosi

di Andrea Pizzini

Sfatare convinzioni ormai superate e comprendere la reale portata di una patologia importante e diffusa: i risultati di una ricerca condotta sul territorio per capire i fattori che possono condurre a diagnosticare l'iperaldosteronismo primario

**U**n medico di famiglia con 1.000 assistiti dovrebbe avere mediamente tra i 250 e i 300 pazienti affetti da ipertensione arteriosa. Si può dunque sostenere che i medici di famiglia sono esperti nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e che ne debbono conoscere tutti gli aspetti, compresa la diagnosi differenziale con le ipertensioni arteriose secondarie.

### IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE?

Si è abituati a considerare tutti i pazienti affetti da ipertensione arteriosa, come pazienti con ipertensione arteriosa "essenziale", dimenticandosi che esiste una percentuale non indifferente di forme secondarie, la prima delle quali in ordine di frequenza è l'iperaldosteronismo primario (Ha) (vedi *Avvenire Medico*, aprile 2004 n°4, pag. 14-15). Fino a non molto tempo fa si credeva che questa entità fosse molto rara raggiungendo appena l'1% delle ipertensioni arteriose; ciò ac-

cadeva in quanto si utilizzava come unico segno clinico di sospetto per tale patologia l'ipopotassiemia. Nel 1999 uscì su *Lancet* un articolo (1) che, prendendo come test di screening il così detto doppio rapporto: Aldosteronemia / Attività Reninica Plasmatica [ARR] (>400: Sensibilità 95% - Specificità 28%), riscontrava, nel setting della medicina generale, una prevalenza dall'Ha del 14,4%. Questo significherebbe che un medico di famiglia con 1.000 assistiti dovrebbe avere tra i suoi ipertesi 40 affetti da Ha. Studi successivi, sempre nell'ambito della Primary Care, mostrano percentuali più basse ma sempre intorno al 5-12% dei pazienti con ipertensione arteriosa (Sud Africa (2), Australia (3), Singapore (4), Cile (5), Inghilterra (6)). In Italia, studi effettuati in ambito delle cure secondarie (7), indicano una prevalenza del 6,3%, mentre mancano studi effettuati in medicina generale.

### I DATI DI LETTERATURA

Eppure oramai la letteratura indica chiaramente alcuni concetti:

- eseguire una ricerca dei pazienti affetti da HA è cost-effective visto che l'intervento si è dimostrato meno dispendioso della terapia long-term con antipertensivi (8);
- l'eccesso di Aldosterone che si verifica in tali soggetti è risultato essere cardi tossico, infatti è associato con un aumento della massa ventricolare sinistra e della fibrosi del muscolo cardiaco a parità dei valori del compenso pressorio (9): si ha dunque una più rapida evoluzione verso lo scompenso cardidaco oltre che un eccesso di ictus, infarto miocardico e fibrillazione atriale (10); tutto ciò è re-

versibile con una terapia chirurgica o, dove non fosse possibile, con una terapia medica mirata (Antialdosteronici);

- nell'esecuzione del test ARR non vi è alcuna influenza da parte dei farmaci antipertensivi che possono dunque essere proseguiti: solo gli Antialdosteronici ed i Beta-Bloccanti debbono essere considerati ed eventualmente sospesi (11-12-13); un recente studio non ha rilevato alcuna influenza né dalla terapia farmacologica, né dall'entità dell'introduzione di sale (14);

- tuttavia non si è dimostrato utile usare il test ARR in tutti i pazienti affetti da ipertensione arteriosa: se da domani ogni medico di famiglia facesse eseguire il test ARR a tutti i suoi pazienti ipertesi facilmente non se ne avrebbe un sicuro vantaggio (14).

Vista l'alta prevalenza della patologia nella popolazione ipertesa, la sua potenziale malignità e la necessità di un trattamento che è efficace ed economico, il problema resta lo stabilire a chi eseguire il test ARR: qui i dati in letteratura sono carenti, probabilmente perché i numerosissimi studi esistenti in letteratura sono sempre stati eseguiti da centri specialistici, anche quando il target era la popolazione generale.

### LO STUDIO PIP

Il lavoro, svolto nell'ambito dei lavori di Equipe previsti dall'Accordo Integrativo Regionale del Piemonte (Equipe 1 del Distretto 2 dell'Asl Torino 3), (fig. 1) è stato quello di ricercare i dati anamnestici o di laboratorio più specifici, che permettano la selezione di primo livello dei pazienti che, affetti da ipertensione arteriosa, debbono essere inviati al test ARR.

FIG. 1 IL PROGETTO PIP



## NEWS

### Lotta alle malattie metaboliche ereditarie

Molti bambini muoiono ogni anno, o subiscono seri danni cerebrali, a causa di malattie che oggi potrebbero essere identificate e in molti casi trattate: si tratta delle malattie metaboliche ereditarie che, a causa di una mutazione nel Dna, influiscono sul normale assorbimento delle sostanze nutritive provocando problemi allo sviluppo dei neonati. Ma se si riesce a diagnosticarle prima che comincino a manifestarsi i sintomi è possibile trattarle immediatamente con diete speciali, adeguate al tipo di carenza che si manifesta nella specifica patologia, o con farmaci specifici, quando esistono, così da consentire una crescita e uno sviluppo normali per il piccolo.

Per questo l'Aismme, Associazione italiana studio malattie metaboliche ereditarie onlus, si fa parte attiva nella "Campagna di sensibilizzazione per estendere lo screening neonatale metabolico allargato" a tutte le Regioni italiane. Attualmente nella nostra

Penisola lo screening neonatale è regolamentato per legge solo per 4 malattie, di cui 2 metaboliche. Solo la regione Toscana (presso l'Ospedale Meyer) mette a disposizione uno screening allargato per circa 40 malattie metaboliche ereditarie, mentre progetti pilota sono attivi anche in Lazio e Liguria.

Ma non basta, denuncia l'Aismme: dal momento che una diagnosi precoce e il trattamento tempestivo di queste patologie possono fare la differenza tra la vita e la morte, tra l'invalidità e un normale sviluppo fisico, occorre appianare le disparità di trattamento tra le Regioni. Ma siamo anche convinti, prosegue l'associazione, che ci sia l'esigenza di creare informazione e una "cultura della prevenzione" tra i medici (di famiglia e pediatri) e la popolazione relativamente allo screening metabolico allargato. Sono infatti in distribuzione, per ora solo nel territorio del Triveneto ma presto l'iniziativa sarà allargata a tutta la Penisola, 250 mila opuscoli informativi su queste patologie e sul ruolo dello screening neonatale metabolico allargato.

### Un test non invasivo per la gastrite

Riservare la gastroscopia, fastidiosa e invasiva, al momento in cui compaiono segni allarmanti e diagnosticare la gastrite con un semplice esame del sangue. Da oggi è possibile grazie a Gastropanel, un test che consente di determinare se il paziente ha un'infezione da *Helicobacter pylori*, se la gastrite è atrofica e in quale parte dello stomaco è localizzata (antro o corpo-fondo). L'esame misura i livelli di precisi marcatori (pepsinogeno I e II - localizzati in punti diversi dello stomaco - gastrina 17 e anticorpi anti-H. Pylori) e un sofisticato software consente la valutazione clinica dei risultati, calcolando anche i fattori di rischio per una degenerazione neoplastica o per l'ulcera peptica, oltre a fornire specifiche "raccomandazioni" basate sulle ultime linee guida europee. Il nuovo test, in grado di fornire una diagnosi accurata di malattia gastrica, può inoltre essere un utile strumento per la valutazione dei rischi e del-