Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 6

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE AD ANDAMENTO DEGENERATIVO DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE, CON SPECIFICO RIGUARDO AL TUMORE ALLA MAMMELLA, ALLE MALATTIE REUMATICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

178ª seduta: giovedì 17 giugno 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 0808
TIPOGRAFIA DEL SENATO (170)

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 5, 7 e *passim*
* CHIAROMONTE *(PD)* 5, 16
* RIZZOTTI *(PdL)* 6, 16
BASSOLI *(PD)* 6
* *SANNA* . . . . . *Pag.* 3, 5, 6 e *passim*
CRICELLI 12, 16

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale (SIMG), ed il dottor Guido Sanna, responsabile della divisione ricerca della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG).

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV, sospesa nella seduta del 20 maggio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Oggi ci occupiamo di malattie reumatiche. È prevista a tale riguardo l'audizione di esperti, nelle persone del dottor Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale (SIMG), e del dottor Guido Sanna, responsabile della divisione ricerca della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG).

Do loro il benvenuto, a nome della Commissione, e cedo subito loro la parola.

SANNA. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'invito e per l'opportunità che ci viene offerta. Ho preso visione dei documenti delle precedenti audizioni e ho avuto modo di riflettere, in particolare, su quanto è stato proposto dal presidente della Società italiana di reumatologia.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale, il concetto su cui vorrei si soffermasse l'attenzione della Commissione sanità in riferimento alle malattie reumatiche è quello della presa in carico. Le persone affette da queste malattie sono in genere estremamente giovani: penso soprattutto alle giovani donne, che presentano una grande variabilità di situazioni e si trovano ad affrontare un autentico sconvolgimento della propria qualità di vita di relazione, sociale e soprattutto lavorativa.

È importante, quindi, che ci sia una vera e propria presa in carico da parte della struttura sanitaria, in maniera collegiale. A cominciare dal medico di medicina generale, che sicuramente può essere la persona che per prima sospetta la malattia e quindi indirizza il paziente verso lo specialista per le necessarie verifiche e la definizione della diagnosi. Oltre a ciò, è bene ricordare che il *follow up* e le terapie sono non solo costose ma anche pericolose, soprattutto quando all'interno della famiglia dei pazienti siano presenti situazioni che possono controindicare talune terapie: penso ad esempio alla presenza di malattie dell'apparato digestivo o ad una particolare sensibilità all'azione dannosa dei farmaci sul fegato oppure sullo stomaco. Sono tutti elementi da considerare, se si vuole che queste terapie – che sono lunghe nel caso di malattie croniche – abbiano effetti positivi sulla qualità della vita del paziente senza generare, invece, eventi avversi o addirittura complicanze.

Pertanto ci sembra giusta la proposta di un sistema in rete, di un *network* di controllo, di monitoraggio, della situazione, che deve vedere un continuo scambio di informazioni tra il medico di medicina generale e lo specialista, anche allo scopo di evitare controlli ed attese inutili e, soprattutto, di dare la priorità, nell'ambito delle malattie reumatiche, alle vere emergenze. Spesso queste malattie insorgono in maniera molto subdola; molto spesso l'attenta osservazione del medico di medicina generale può consentire, come giustamente sosteneva il presidente della Società italiana di reumatologia, di impostare velocemente la diagnosi e quindi di arrivare precocemente alle terapie, evitando che la persona arrivi alle estreme complicanze o all'incapacità di muoversi.

Il medico di medicina generale diventa dunque il regista del percorso di diagnosi e cura, perché non c'è solo il reumatologo: ci sono anche il riabilitatore, il fisioterapista, lo psicologo, i servizi sociali. Personalmente ho avuto alcuni pazienti che hanno avuto seri problemi a frequentare il proprio ambiente di lavoro ed a poter lavorare serenamente; qualcuno è stato addirittura licenziato, allorquando il datore di lavoro non ha saputo valutare in maniera serena e obbiettiva la situazione ed aiutare queste persone che avevano l'unico problema di essere malate.

Questo è il mio contributo, in maniera estremamente sintetica.

È importante in ogni caso che si vada verso un concetto di *équipe* territoriale: secondo me è questo lo strumento idoneo; è previsto dal nostro contratto nazionale di lavoro e per averlo abbiamo lottato tantissimo. L'*équipe* territoriale multidisciplinare può gestire nel territorio queste problematiche indirizzando i pazienti – ovviamente in base alle priorità, alla gravità, all'esigenza di cure più o meno complesse – verso le strutture di riferimento.

La mancanza di una *équipe* territoriale attiva in molte realtà del territorio italiano purtroppo crea anche il problema della migrazione sanitaria: molte persone affette da malattie reumatiche complesse (ad esempio le connettiviti miste) sono costrette ad emigrare verso centri di livello nazionale o internazionale, a volte molto distanti dalla loro residenza.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Sanna per la sua esposizione. Chiedo ai colleghi se desiderano intervenire.

CHIAROMONTE *(PD)*. Innanzi tutto vorrei affrontare l'ultima questione, quella della mancanza di *équipe* territoriali, chiedendole ulteriori informazioni perché finora non abbiamo dati in proposito. Quali sono le situazioni di difficoltà riscontrate? Glielo chiedo perché la Commissione è interessata evidentemente non solo a discutere di malattie reumatiche ma anche, in prospettiva, a cosa fare per venire incontro alla situazione evidenziata.

SANNA. L'*équipe* territoriale è un *team* previsto dal contratto nazionale di lavoro dei medici di medicina generale; vi partecipano i medici di medicina generale, gli specialisti del territorio, presenti solitamente nei poliambulatori o nei centri territoriali, nell'intento di predisporre un particolare piano di intervento e di osservazione sui principali problemi sanitari di quel determinato territorio.

Solitamente l'*équipe* viene attivata a livello distrettuale, quindi è uno strumento del distretto sanitario, però sappiamo che in molte situazioni periferiche in realtà abbiamo distretti virtuali che si occupano molto di burocrazia e poco di soluzioni concrete. Lo scopo dell'*équipe* è soprattutto quello di mettere a confronto i medici e gli operatori, in modo tale che si cerchi una strategia, una metodologia di lavoro efficace, per ottenere non dico la soluzione ma il miglioramento di alcuni problemi emergenti dal territorio.

Nel mio territorio il problema delle malattie reumatiche è molto diffuso, come evidenziato anche da alcune indagini genetiche condotte tanti anni fa con l'università e a cui ho partecipato anch'io. Io sono un gastroenterologo, quindi mi sono occupato degli aspetti gastrointestinali, che in questi casi sono importanti: pensiamo ad esempio alle connessioni fra malattie reumatiche, connettiviti e la rettocolite ulcerosa o il morbo di Crohn.

In passato abbiamo svolto anche degli studi sull'argomento che hanno evidenziato un mondo di patologie sommerse: molto spesso le persone vanno direttamente fuori del loro territorio di residenza perché manca uno specialista di riferimento che abbia la capacità di coordinare tutto il percorso diagnostico ed eventualmente monitorare la terapia, in armonia e in connessione con il centro di riferimento principale che può essere universitario o ospedaliero.

Oltre a questo manca un'assistenza globale, per dare al paziente e alla sua famiglia le informazioni necessarie per potersi orientare verso una diagnosi e un monitoraggio. Non parliamo poi di quando diventano necessari i presidi: si finisce quasi per improvvisare; l'*equipe* territoriale non esiste perché mai istituita, nonostante le numerose richieste da parte dei medici di medicina generale e di altre associazioni, come quelle dei pazienti, che hanno chiesto tante volte che venisse attivata.

Questo problema è presente in molte zone d'Italia, sicuramente più al Centro-Sud che al Nord.

RIZZOTTI *(PdL).* Ringrazio il dottor Sanna per il suo intervento. Considerato il grave problema che si manifesta quando il medico di base sospetta di avere di fronte un paziente portatore di una malattia reumatica e dato che non esistono linee guida per poterlo indirizzare verso un'*equipe* multidisciplinare, quali sono i suoi suggerimenti per l'attivazione a livello regionale di un sistema di questo tipo? Potrebbe essere, ad esempio un comitato che permetta di uniformare l'assistenza, coinvolgendo le Regioni e utilizzando le risorse umane già esistenti?

SANNA. Sicuramente in questo campo specifico sarebbe utile un comitato integrato operativo, anche perché manca un corretto censimento di tutte le patologie, da effettuare chiaramente secondo le moderne classificazioni, che consentirebbe la reale stima numerica e una valutazione dei possibili costi, nonché suggerirebbe delle modalità di razionalizzazione della spesa, evitando gli sprechi. Sicuramente ci vorrebbe un *board* medico-scientifico, il più possibile paritetico che rappresenti tutte le componenti: i medici di medicina generale, gli specialisti reumatologi, gli specialisti della riabilitazione, i nefrologi, eccetera nonché le associazioni dei pazienti e le associazioni di volontariato (che molto spesso conoscono realtà che a noi sfuggono, riuscendo ad avere un controllo del territorio molto più capillare del nostro e quindi fornire informazioni utili).

In questo modo, probabilmente, si potrebbero valutare anche le modalità più opportune di assistenza a questi malati. In primo luogo si potrebbe evitare di costringerli ad allontanarsi da casa, tenendoli in ospedale tanti giorni per fare una diagnosi: sembra una cosa assurda ma accade ancora.

Gli interventi andrebbero concordati all'interno di un *board* che possa stabilire le metodologie da applicare avendo al centro non il medico, l'infermiere o il riabilitatore, ma il paziente con le sue problematiche, anche di trasporto. Si tratta di problemi che noi affrontiamo dall'altra parte della barricata e molto spesso siamo costretti a chiedere ad altre persone, magari facoltose e disponibili, o a qualche associazione di mettere a disposizione i loro mezzi per trasportare i pazienti nel centro di riferimento in modo da procedere con la diagnosi. Molto spesso non è facile neanche ottenere questo.

Sarebbe perciò importante istituire un *board* paritetico che consideri le diverse istanze già in una prima valutazione della situazione; occorre poi un censimento, che potrebbe essere effettuato molto facilmente attraverso i medici di medicina generale, dato che ormai l'informatizzazione del settore è quasi totale (siamo al 90-95 per cento). Dovrebbe essere facile estrarre dai nostri *database* le informazioni, che poi andranno vagliate, purificate e rivalutate ma che sicuramente costituiscono una prima, importantissima base per riconoscere anche quei pazienti che non compaiono nella casistica dei grandi centri perché non vi si recano.

BASSOLI *(PD).* Dottor Sanna, mi è sembrato di capire che molto spesso questo tipo di malattie vengono diagnosticate con un certo ritardo.

Vorrei sapere se, secondo lei, tale ritardo possa dipendere anche dalla mancata informazione sulla possibilità di insorgenza di queste malattie. Una maggiore diffusione delle conoscenze potrebbe permettere di iniziare le cure molto precocemente senza attendere il decorso della malattia.

Secondo lei, è necessaria una maggiore informazione su questo tipo di malattie? E l'informazione dovrebbe essere più specifica per quanto riguarda le conseguenze di tali patologie sull'organismo femminile? In questo caso, infatti, dobbiamo anche considerare la possibilità che le pazienti desiderino diventare madri e l'incidenza che questa malattia può avere su questa possibilità.

Inoltre, volevo sottoporle una questione relativa all'insufficienza dei servizi territoriali, che non riescono a garantire un sistema di cure che preveda il raccordo di figure con competenze diverse intorno ad un progetto personalizzato. Al di là dell'*équipe* territoriale, le strutture ospedaliere esistenti, necessarie nei momenti di acutizzazione della malattia, costituiscono già una rete sufficiente oppure va comunque costruita? Ci sono già esperienze di questo tipo che fanno ben sperare e che si potrebbero esportare?

PRESIDENTE. Dottor Sanna, mi permetto di suggerirle una specificazione in questo senso: lei ha affermato che il medico di medicina generale dovrebbe essere sostanzialmente il coordinatore dei medici che seguono il paziente affetto da malattia reumatica, e ciò è in parte condivisibile.

Bisogna aggiungere, però, che i servizi territoriali non offrono questa possibilità; in particolar modo la Sardegna, per mia personale conoscenza e per l'esperienza maturata come Presidente della Commissione d'inchiesta, è particolarmente sofferente a causa delle difficoltà di collegamento, che fanno prevalere la necessità dell'accentramento in ospedale. Questa è una realtà che d'altronde ritroviamo anche in altre Regioni, magari economicamente più fortunate come la Valle D'Aosta o alcune zone del Trentino-Alto Adige.

Si tratta comunque di una peculiarità specifica, perché altre regioni invece hanno organizzato non solo una buona rete di servizi territoriali ma addirittura una rete specifica di servizi per le malattie reumatiche.

Questo perché – lo dico per i colleghi non medici – esiste effettivamente sul territorio un certo grado di confusione su chi deve fare cosa, nel senso che esiste l'assistenza domiciliare integrata, solitamente organizzata a livello distrettuale, che in alcune Regioni funziona egregiamente e in altre sicuramente è disattivata; esistono le cosiddette unità di cura primarie o case della salute, che però rappresentano prototipi, esperienze sperimentali presenti in alcune Regioni e in altre meno; esiste infine, lanciato anch'esso a livello sperimentale, il progetto H24. Sono tre differenti forme di assistenza che dovrebbero concorrere allo stesso scopo e quindi sarebbe bene capire in questo senso come ciò possa avvenire.

L'osservazione della collega Bassoli mi è sembrata estremamente utile: il vero problema è la continuità terapeutica tra la struttura territoriale

e l'ospedale, che normalmente per questo tipo di malattia ha pochissimi centri specializzati e quei pochissimi non sono così conosciuti (di solito sono inseriti all'interno di un'unità operativa complessa di titolo diverso, per cui finisce per prevalere l'unità di cura complessa piuttosto che quella specifica). Questo purtroppo è un problema non solo della malattia reumatica.

Le chiediamo quindi non solo un suggerimento ma anche, dato che lei qui rappresenta la Federazione italiana dei medici di medicina generale, di fornirci ogni elemento utile sul piano delle esperienze e dei dati acquisiti, che per noi saranno estremamente vantaggiosi proprio perché ci mostreranno meglio il panorama generale.

Al medico di medicina generale secondo me si dovrebbe chiedere, in sintesi, quale possa essere il percorso virtuoso che nasce da un suo intervento in termini di predittività di questa malattia (quindi per capirne quanto prima l'insorgenza); quali sono le opportunità che egli ha per un collegamento con la medicina di alta specializzazione, per garantire una continuità terapeutica, anche farmacologica, che è fondamentale. Lei essendo gastroenterologo sa bene come nella diversa qualità propedeutica di intervento dei farmaci intervenga il problema dell'iperutilizzo o del costante utilizzo di questi farmaci e quindi la necessità del *turnover*: penso anche ai farmaci innovativi o biotecnologici.

Infine, sul problema riabilitativo si innesta una questione di cui recentemente abbiamo discusso nel contesto della manovra economica, proprio in relazione alla disabilità. È chiaro infatti che il poterla configurare attraverso un meccanismo molto rigido, come per lo più è stato adesso, con un solo livello per cui o si è dentro o si è fuori la riabilitazione, alla disabilità pone un problema molto diverso che è quello di una possibile modulazione soprattutto laddove possa esserci una regressione della malattia; non è molto diffuso come tema, ma ci potrebbe essere.

SANNA. Per quanto riguarda la diagnosi nel territorio, sicuramente vi è una costante evoluzione nei mezzi diagnostici e si va affinando sempre più l'uso dei marcatori biologici, degli esami di laboratorio e degli esami strumentali per arrivare alla diagnosi. Quello che manca, però, è una corretta informazione al medico di medicina generale. Nel mio *database*, per esempio, che è aggiornato costantemente, mancano del tutto alcuni esami che vengono prescritti sistematicamente dai ricercatori universitari o dagli ambulatori delle università, quando i nostri pazienti si vanno a sottoporre a visita per rivelare la presenza di un'artrite reumatoide, di una spondivite o di una connettivite.

Alcuni esami molto spesso non risultano nel nostro prontuario, per cui dobbiamo telefonare, dobbiamo chiedere, dobbiamo realizzare tutta una serie di passaggi intermedi per arrivare a capire intanto se quell'esame lo possiamo prescrivere, se è corretto, se è previsto da un codice all'interno del nostro prontuario; allo stesso tempo dobbiamo spiegare al paziente che utilità ha il farmaco prescrittogli, perché quando viene a portarci la prescrizione dello specialista ce lo chiede.

Non dimenticate che in base alle indagini dell'ISTAT il medico di medicina generale per il 67 per cento è il professionista di riferimento per il cittadino per tutti i problemi di salute. Quindi, se ha delle curiosità o dei dubbi viene a parlarne con noi e noi dobbiamo essere preparati a capire e rispondere in maniera adeguata alle sue domande. Molto spesso però c'è questo limite: la scienza va molto veloce nelle scoperte ma noi non ne veniamo messi a conoscenza.

Prima di diventare medico di medicina generale, ho fatto per 15 anni il ricercatore universitario, e conosco benissimo questa incomunicabilità; spesso il Gotha della scienza non scende al livello del popolo e il popolo rimane senza sapere. Bisogna, invece, essere instancabili nello spiegare, nel comunicare, nel far circolare quelle informazioni che possono essere utili.

Quando il medico specialista prescrive che il paziente deve fare gli anticorpi antinucleo e mi spiega a cosa servono quegli anticorpi, io so quello che devo dire e fare. Basterebbe una *e-mail* o magari una *newsletter* che una volta ogni quattro o cinque mesi ci informasse delle novità: basterebbe anche questo per riuscire a dare l'informazione giusta perché, ripeto, la diagnosi cambia continuamente con l'evolversi dei mezzi diagnostici ed è giusto che ci sia un allineamento tra la ricerca, i sistemi più avanzati e il nostro modo di prescrivere, se vogliamo che le prescrizioni siano appropriate, comprensibili e soprattutto interpretabili.

Il paziente viene da noi a chiederci perché l'esame è positivo: io devo saperglielo spiegare, così come glielo spiegherebbe lo specialista, e se non c'è un allineamento tra quello che gli dice lo specialista e quello che gli dico io, cominciano i dubbi. Le famiglie cominciano a dire: ma allora non è sicuro quello che ci hanno detto; andiamo a cercare altrove. È così che spesso si generano i fenomeni di cui abbiamo parlato, soprattutto per le malattie croniche invalidanti, che creano un grosso turbamento nelle persone. Parliamo di persone giovani cui non possiamo negare delle risposte, che devono essere comprensibili e soprattutto accettate.

Questo è un problema che sicuramente va risolto, ma può esser risolto tramite un'ottima – non buona, ottima – e obbligatoria comunicazione tra tutti gli operatori sanitari. Ci vuole professionalità: lo dicevo l'altro giorno quando parlavo di malattie neuromuscolari. Un centro di riferimento si qualifica anche per il modo con cui comunica con gli operatori e con i pazienti. Un centro che non comunica, in cui gli operatori si arroccano nel loro ruolo e non danno le informazioni in maniera fruibile, comprensibile e accettabile, ha un grave *handicap,* secondo me; è un centro che ha delle grosse pecche, che dovrebbero essere evidenziate e corrette.

Mi rendo conto di quanto sia difficile questo lavoro: va fatto in maniera intelligente, in maniera delicata, in maniera responsabile, e non è cosa da poco.

Vengo ora al problema delle malattie reumatiche in gravidanza e più in generale nella donna in età fertile. La donna, come dice il mio amico Ferruccio Bonino, è un altro universo e quindi non dobbiamo mai pensare che l'uomo in sanità sia uguale alla donna. L'uomo va incontro a diversi

periodi, ma la donna ne ha tanti altri e non bisogna mai dimenticarselo. Molto spesso le linee guida contengono delle indicazioni che poi vanno adattate caso per caso e voi mi insegnate, proprio perché siete delle signore, che ogni gravidanza è una storia a sé per la donna; una prima gravidanza non è mai come una seconda.

Dobbiamo sempre e comunque essere molto vigili nel capire se si stanno innescando nelle persone dei processi di convinzione che possono essere sbagliati e che possono generare a cascata tutta una serie di eventi che possono portare, per esempio, all'abbandono della terapia o al sottodosaggio. Il problema dell'aderenza, in questi casi, non è da poco: la paziente non lo racconta e molto spesso lo si scopre, magari intervistando il padre, il marito o il figlio. Il medico se ne può accorgere soprattutto quando la paziente non ritorna per riordinare i farmaci. Questo è il problema fondamentale che rischia di complicare la gravidanza.

Un altro problema che dobbiamo affrontare e che potrebbe essere benissimo affidato all'*equipe* territoriale è il seguente: gli specialisti che seguono la paziente – il ginecologo, l'ostetrico, il medico di medicina generale, il reumatologo ed eventualmente altri specialisti come l'angiologo o il nefrologo – ogni tanto devono fare uno *steady state* sulla paziente; sono loro che devono farsi sentire, non è la paziente che li deve andare a cercare. Ecco perché c'è bisogno di un regista del percorso clinico, che per primo deve accorgersi se qualcosa non va.

Il medico di medicina generale molto spesso incontra la paziente al di fuori del proprio studio, anche al supermercato, al bar o dal tabaccaio e può notare, per esempio, un certo pallore o una certa difficoltà nel camminare: tutti piccoli segnali, i cosiddetti sintomi d'allarme, che non vanno mai sottovalutati. I medici di una volta erano dei grandi osservatori. Noi dobbiamo fare altrettanto, ma dobbiamo anche certificare e segnalare ciò che osserviamo.

La comunicazione però non può cadere nel vuoto! Giustamente veniva citato il problema della continuità nell'approccio al problema, non solo terapeutica ma globale: il sabato, la domenica o durante le feste e le ferie di agosto, chi si occupa di questi malati? La guardia medica o la guardia turistica? No, se ne deve occupare sempre il *team* territoriale che non deve mai andare in vacanza: deve garantire una continuità assistenziale, che va organizzata con i medici, e tutti gli operatori.

La copertura assistenziale delle 24 ore ha un senso se tutti i medici sono informati. Basterebbe un numero verde telefonico di riferimento che permetta di reperire qualcuno che sia a conoscenza della situazione e che possa dare un suggerimento o un'indicazione da seguire. Invece, come voi sapete, molto spesso negli ospedali di sabato o di domenica non si trova nessuno: magari solo un medico di guardia che in maniera stanca e quasi distaccata dà qualche suggerimento e quasi invita ad arrangiarsi. Io stesso l'ho fatto tante volte e lo so. A mio avviso bisogna rimodulare il sistema.

L'informazione corretta al paziente ed alla sua famiglia è fondamentale; costoro devono sapere quali sono, sul territorio regionale o della loro

ASL, i centri di riferimento ai quali, ovviamente, deve riferirsi anche il medico di medicina generale e lo specialista territoriale. Spesso questi ultimi non hanno la possibilità di effettuare una diagnostica completa e quindi dovranno rivolgersi al centro di riferimento maggiore.

Il grande problema di queste persone affette da malattie reumatiche è anche quello di ottenere la certificazione di malattia in maniera rapida: per avere l'esenzione e, dunque, la possibilità di non pagare il *ticket* su molti esami anche costosi, molto spesso manca lo specialista di riferimento. L'internista non può fare tutto, perché in certi casi occorre uno specialista reumatologo per rilasciare la certificazione.

A questo punto perché non fare uno sforzo e capire che qualche volta la certificazione per l'esenzione, nel sospetto di malattia, potrebbe essere rilasciata dal medico di medicina generale che conosce la storia di quella persona, quanto meno finché non si arriva alla diagnosi completa e definitiva? Oppure, una volta stabilita la diagnosi definitiva, il centro di riferimento dovrebbe immediatamente attivare l'esenzione, mentre molto spesso ciò non avviene. Molti non conoscono i codici di patologia, né i diritti che potrebbero avere; spesso siamo noi medici di medicina generale che chiediamo la certificazione per l'esenzione che mette il paziente in condizione di non pagare almeno alcune delle spese necessarie per curare questo tipo di malattia.

Non dimentichiamo, inoltre, che l'informazione sulle malattie reumatiche andrebbe divulgata anche e soprattutto nelle scuole. Vorrei ricordare l'importanza del medico scolastico: una figura fondamentale. Vorrei ricordare la grande importanza dell'educazione sanitaria nelle scuole per aiutare i giovani a riconoscere patologie in fase precoce per poi poterle risolvere con l'aiuto delle istituzioni sanitarie. Fare informazione all'interno della scuola è importante anche per far capire ai figli che se vedono la madre, per esempio, con un gonfiore al ginocchio o un altro problema simile, possono consigliarle di farsi visitare o darle coraggio nell'affrontare gli accertamenti per arrivare alla diagnosi precoce.

Per quanto riguarda l'ADI (assistenza domiciliare integrata) e l'ADP (assistenza domiciliare programmata), uno dei sistemi di assistenza più moderni e avanzati, posso dire che negli ultimi tempi, nonostante l'entusiasmo con cui abbiamo sviluppato questi progetti nel territorio, molte Regioni stanno cercando di ridurre le possibilità di intervento domiciliare, soprattutto di tipo riabilitativo, anche perché le difficoltà nel reperire il personale qualificato per le *équipe* domiciliari, soprattutto nelle aree dove non sono presenti molti operatori specializzati e addestrati. Secondo me, c'è bisogno di insistere su questo punto per poter garantire anche a queste persone la possibilità di lavorare meglio e in maniera più capillare.

Del resto, se gli si permette di scegliere, il paziente sceglie quasi sempre di essere assistito presso il proprio domicilio, in una realtà a dimensione d'uomo. Deospedalizzazione significa proprio cercare di portare a livello domiciliare le prestazioni di diagnosi e cura senza togliere nulla alla qualità delle stesse.

Per quanto riguarda la predittività per le malattie reumatiche, che è basata su un'acuta osservazione, le linee guida aiutano molto, ma bisognerebbe fornire ai medici di medicina generale un decalogo minimo con le stimmate essenziali (che in gran parte già conoscono), per poter distinguere precocemente i sintomi di malattia e segnalare le condizioni cliniche dei pazienti al centro di riferimento dove verranno inviati. Molto spesso, però, è necessario prima un colloquio, anche telefonico, con lo specialista, come passo preliminare all'invio del paziente per la visita.

È fondamentale che il medico di medicina generale raggiunga una buona competenza nell'interpretazione di ciò che lo specialista prescrive o propone. Molto spesso i farmaci più innovativi, soggetti a piano terapeutico o a particolari restrizioni prescrittive, arrivano al domicilio del paziente o gli vengono somministrati senza che il medico di medicina generale ne sappia niente. Quest'ultimo, però, si trova poi a dover affrontare gli effetti collaterali o le conseguenze di un sovradosaggio o di un sottodosaggio, spesso senza sapere che cosa fare. Questo è un problema per il quale la comunicazione è fondamentale.

Un'altra situazione problematica è quella della rete informatica. Io credo che una rete debba essere fortemente voluta da tutti, per essere alimentata tramite una partecipazione costante, basata su una comunicazione semplice, ma efficace. Può essere gestita – perché no – anche in sintonia col paziente, il quale molto spesso fornisce informazioni che dobbiamo comunicare in tempo quasi reale al centro di riferimento. Purtroppo, su questo strumento essenziale nessuno ci risponde; molto spesso si organizza anche la formazione a livello territoriale su temi che non sono quelli operativi, pratici, che rapidamente potrebbero modificare in meglio l'attività del medico di medicina generale. Spesso si preferiscono i temi astratti e poco concreti per la formazione dei medici.

In realtà quello che conta è comunque avere una strategia operativa comune che sia efficace.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Sanna per le informazioni che ci ha fornito e do la parola al dottor Cricelli, che rappresenta la Società italiana di medicina generale.

CRICELLI. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'invito che ci è stato rivolto per parlare del complesso di problemi clinici fortemente presenti all'interno della popolazione italiana, rispetto al quale occorre innanzi tutto ricordare un punto fondamentale. Le malattie reumatiche sono distinguibili, dal punto di vista della cura e dell'assistenza medica e non solo in due grandi categorie: le malattie infiammatorie e quelle cronico-degenerative. Queste ultime sono in forte aumento: secondo le nostre previsioni, esse subiranno un aumento esponenziale nei prossimi dieci anni a causa non solo dell'invecchiamento della popolazione, che è una causa generale, ma anche del fatto che ad esse sono associate delle comorbilità.

Cercherò di rappresentarvi i problemi che derivano, in particolare sul piano dell'assorbimento di risorse dal punto di vista clinico, dal fatto che, nell'ambito di un modello di cure croniche qual è quello che ormai ci avviamo ad implementare nella maggior parte delle Regioni, queste patologie siano state in genere trascurate. Come sapete, il *chronic care model* prevede soprattutto l'intervento sulle patologie cronico-degenerative più frequenti, come quelle cardiovascolari o metaboliche, mentre si occupa assai meno delle disabilità.

Occorre ricordare che, benché di gravità minore in termini assoluti, con minori pericoli per la vita quanto a eventi letali, le malattie reumatiche producono un'enorme quantità di microcondizioni di disabilità e un considerevole assorbimento di risorse. Su questo punto, se mi consentite, lascerò un documento alla Presidenza, in maniera tale che possa essere analizzato nel dettaglio; il presidente Tomassini è già al corrente di queste nostre valutazioni economiche.

Dal punto di vista dell'impatto sul Servizio sanitario nazionale, una stima è molto difficile. La grande visibilità delle malattie reumatiche è affidata soprattutto alle malattie di origine infiammatoria, che assorbono molto la nostra attenzione e comportano il dispendio della maggior parte delle risorse, che noi affidiamo soprattutto al settore farmaceutico. Le malattie di origine infiammatoria dell'apparato osteoarticolare, come l'artrite reumatoide o l'artrite psoriasica ed altre minori, numericamente rappresentano solo una minima parte dei problemi di tipo osteoarticolare. Le novità nel trattamento, affidate soprattutto ai farmaci biotecnologici, ai farmaci biologici, agli anticorpi monoclonali, che sono numerosi e che stanno aumentando, fanno di queste patologie un bersaglio ottimale ma molto intensivo in termini di risorse anche seppur limitato ad un numero ristretto di persone.

Sempre per quanto riguarda le malattie di tipo infiammatorio, quindi quelle che sono poco numerose ma molto gravi come l'artrite reumatoide, dobbiamo sottolineare l'esigenza di giungere ad una diagnosi precoce, come giustamente sottolineava il collega Sanna in chiusura del suo intervento. L'*optimum* della terapia si ottiene soprattutto su soggetti che non abbiano già alterazioni degenerative o disabilità in corso.

È opportuno ricordare che uno dei modi per risparmiare sui farmaci molto costosi è di impiegarli in maniera assolutamente appropriata, nelle fasi precoci della malattia; ancora oggi, invece, ci troviamo ad applicare terapie con anticorpi monoclonali nelle fasi molto avanzate. Stiamo ritardando ancora molto la diagnosi. Quando confrontiamo i nostri dati epidemiologici con quelli degli specialisti ci accorgiamo che vengono indicate prevalenze (le attese di malattia) che sono in genere tra una volta e mezzo e il doppio di quello che in realtà vediamo.

Evidentemente la diagnosi è complessa e soprattutto la diagnosi precoce non è affidata ad un percorso sistematico di *detection* di questi pazienti. Ecco perché a nostro avviso questo è il primo impegno, che dobbiamo affidare soprattutto alle cure primarie. Come sapete, non è possibile fare uno *screening* di queste malattie, né impegnare le cure specialistiche

in una selezione precoce dei sintomi guida (primari e secondari); quindi sono le cure primarie che devono vedere nel proprio bagaglio di compiti, tra gli altri, i criteri guida per individuare i sintomi prevalenti delle malattie infiammatorie. Il numero di pazienti è di gran lunga inferiore a quello riscontrabile per le patologie reumatologiche degenerative, ma le malattie infiammatorie sono di gran lunga quelle più costose e che impegnano maggiormente il Servizio sanitario nazionale.

Al contrario le malattie degenerative croniche (ad esempio l'artrosi) sono malattie a basso costo unitario. Dai dati che vi lascerò potrete vedere che la maggior parte di queste patologie cominciano a manifestare i propri effetti clinici dai cinquant'anni in poi e sono fortemente prevalenti, nel senso che coinvolgono quasi il 90 per cento della popolazione anziana sotto gli ottant'anni, quindi si può dire che facciano parte del processo di invecchiamento e siano pressoché inevitabili: come sappiamo, invecchiando si comincia a zoppicare, a sentire un po' di dolori.

Se il costo unitario del trattamento di queste patologie dal punto di vista farmacologico è molto basso, il problema però è che queste persone hanno in genere delle comorbilità e quindi il costo complessivo del trattamento di questi cittadini è complicato dal fatto che hanno molte comorbilità; senza contare che ci affidiamo alla terapia farmacologica come unica risorsa in assenza, in buona parte delle Regioni italiane, di servizi efficienti – lo ricordava anche il collega Sanna – di riabilitazione e fisioterapia.

Vorrei distinguere tra i due servizi, che non sono affatto la stessa cosa: i servizi di fisioterapia sono di terapia e servono a prevenire la disabilità; i servizi di riabilitazione invece intervengono quando le disabilità sono già in essere e la persona per esempio ha delle limitazioni funzionali importanti.

Abbiamo condotto un esame dei servizi offerti dalla maggior parte delle Regioni italiane: nominalmente esistono dappertutto, mentre in realtà ci sono intere aree del Sud in cui è praticamente impossibile avere un fisioterapista o un riabilitatore al domicilio del paziente anziano. Abbiamo dati allarmanti dai quali risulta che in genere viene mandato la prima volta un riabilitatore dopo tre o quattro mesi – avviene così ad esempio in Puglia; la Calabria è ancora più arretrata – il quale in genere fa una sola visita; avendo troppe persone da vedere, egli non torna più.

L'anziano si affida allora esclusivamente ai farmaci: è uno dei fenomeni per cui nel nostro Paese la terapia farmacologica, soprattutto con i FANS, nel tempo è diventata una sorta di caso internazionale. Magari ora la situazione è migliorata, ma siamo il primo Paese consumatore di FANS in Europa, in particolare di nimesulide, che viene considerata la panacea di tutti i mali e per la quale il nostro Paese si trova costantemente sotto procedura di infrazione presso l'EMEA.

Complessivamente emerge una fotografia fatta di ritardo e sottovalutazione. Riteniamo che tra tutte le patologie croniche, quelle dell'apparato osteoarticolare siano quelle alle quali si rivolge in maniera minore l'attenzione del Servizio sanitario nazionale; tutti noi sappiamo che cognitiva-

mente ci occupiamo delle malattie gravi, anche se poco frequenti. Il nostro immaginario, compreso quello dell'organizzazione sanitaria, è fortemente attratto dai grandi casi, dai trapianti, dall'oncologia, da malattie molto gravi con eventi infausti frequenti, mentre è meno colpito da malattie, destinate a crescere in futuro, a bassa gravità relativa, con processi invalidanti che durano nel tempo e sono meno evidenti.

Se non è in pericolo di morte imminente, il paziente è messo in secondo piano. Questo è uno degli errori strategici di tutti i servizi sanitari, spinti anche dall'opinione pubblica: non si nega mai, o quasi mai, un farmaco costoso ad un paziente oncologico, anche se poi tale farmaco non ha un effetto reale nel ritardo di un processo inevitabile, mentre si può negare un farmaco ad una persona costretta a vivere in disabilità per 20 o 30 anni.

Vorrei infine ricordare che le malattie dell'apparato osteoarticolare, soprattutto in età avanzata, sono una delle maggiori cause, insieme con le disabilità cognitive negli anziani, dei fenomeni di accompagnamento e di ricorso all'ospedalizzazione vicaria. Le persone anziane, quando diventano disabili, sono costrette a rivolgersi ai servizi sociali anche se hanno una buona cognitività: l'impatto di tali pazienti sui servizi socio-sanitari sta diventando davvero prevalente.

Per quanto riguarda le patologie infiammatorie, che vengono curate prevalentemente con terapie nuove a base di farmaci biotecnologici, dobbiamo affrontare il problema – già evidenziato dal collega Sanna e sottolineato in diverse altre circostanze – che in Italia vige una normativa che impedisce ai medici di medicina generale di ricevere informazioni sui farmaci sottoposti a registro e a piano terapeutico. Si è arrivati addirittura all'impossibilità di ricevere campioni.

Ha perfettamente ragione il collega, e io l'ho sottolineato in diverse altre circostanze negli ultimi mesi: ad esempio quando, parlando di farmaci biologici e biosimilari, ho sostenuto che dal primo settembre 2010 chiederò ai medici della mia associazione di fare disobbedienza civile. Per ragioni legate alla deontologia medica, oltre che ai codici civile e penale, non possiamo farci carico di pazienti cui vengono somministrati farmaci che ci viene impedito di conoscere a fondo.

Ho già fatto presente il problema al senatore Tomassini che mi ha chiesto quali fossero le ragioni della protesta: dico subito che questa regola non fa parte della normativa AIFA; non è l'AIFA che crea queste limitazioni ma la Direzione generale dei farnaci e dei dispositivi medici del Ministero della salute, presieduta dal dottor Ruocco, per ragioni normative.

In occasione del convegno sui farmaci biosimilari ho suggerito di rendere obbligatoria per le aziende farmaceutiche l'informativa, sommaria o approfondita a seconda dell'interesse, ai medici di medicina generale sui farmaci che vengono somministrati ai cittadini. Altrimenti, signori senatori, noi non possiamo assumerci la responsabilità etica, oltre che medico-legale, di somministrare farmaci che possono avere effetti collaterali anche molto gravi e prolungati nel tempo.

Gli anticorpi monoclonali agiscono contro i linfociti T, e quindi agiscono sull'immunità, anche quella che può indurre processi di degenerazione oncologica: sono farmaci da osservare e somministrare con grande attenzione, e non è corretto che il Servizio sanitario nazionale impedisca ai medici curanti di seguire i propri assistiti. Questa era la mia ultima osservazione, un appello che ripeto tutte le volte che posso.

RIZZOTTI *(PdL).* Ringrazio molto il dottor Cricelli per il suo intervento. Sono esterrefatta da quest'ultima notizia che credo meriti veramente un impegno da parte di tutti.

Tornando all'argomento in discussione, sicuramente dobbiamo distinguere tra la malattia reumatica in fase conclamata e la diagnosi precoce. In merito a questo volevo sapere se lei pensa che sia possibile, e in che modo, inserire un esame specifico tra quelli di *routine* prescritti dal medico di base per un *check-up* che ormai la maggior parte delle persone fa abbastanza spesso. Nel caso, in quale fascia di età bisognerebbe introdurlo?

CHIAROMONTE *(PD).* La domanda che volevo rivolgere ai nostri ospiti è se, a vostro avviso, in questo momento i medici di medicina generale sono in grado, grazie all'informazione che hanno ricevuto, di diagnosticare precocemente le malattie reumatiche o ritenete che, a livello nazionale, le informazioni a disposizione dei medici non siano sufficienti. Già in audizioni precedenti abbiamo appreso che con i farmaci di nuova generazione si può non solo addormentare la malattia, e quindi ritardare la disabilità, ma addirittura bloccare il decorso della stessa.

CRICELLI. Le mie risposte sono assolutamente positive. I medici di medicina generale sono il comparto che adopera maggiormente l'informatica medica. Il settore ospedaliero è molto arretrato da questo punto di vista. Abbiamo quasi 40.000 medici informatizzati e anche se il computer non risolve i problemi, da sistematicità ad alcuni processi che altrimenti sarebbero aleatori.

Stiamo parlando di un problema che si pone per tutte le patologie, e per quelle croniche in particolare, relativo alla differenza tra diagnosi e cura – l'oggetto della vecchia medicina generale – e la presa in carico del paziente. La differenza, diceva un mio amico inglese, è la stessa che si riscontra tra il cacciatore (il medico) appostato su un albero ad aspettare pazientemente che la preda (la malattia) passi per spararle prontamente – questa sarebbe la vecchia medicina, quando il medico non aveva altre responsabilità – e il cacciatore che invece va a cercare la preda, cioè la malattia, e lo fa quando è ancora in fase iniziale e non si è affermata.

È un approccio totalmente diverso quello della medicina generale del futuro. Noi ci stiamo velocemente dirigendo, almeno stando alle dichiarazioni di principio, verso la presa in carico. Se io prendo in carico una persona, da quel momento in poi, sistematicamente, secondo una serie di al-

goritmi e regole che i medici conoscono, devo sapere cosa controllare. Non aspetto che il paziente venga a riferirmi un problema; so che fin dalla più tenera età possono insorgere dei problemi e quindi non starò ad aspettarli, li andrò a cercare con gli strumenti della medicina preventiva e della medicina di opportunità. Utilizzerò le circostanze in cui i pazienti vengono da me per un certificato medico per porre loro delle domande e approfondire alcuni problemi.

Quindi, la risposta alla sua domanda è sì, senatrice Chiaromonte, a condizione che si applichi la presa in carico. Noi abbiamo ormai degli strumenti – per questo facevo riferimento all'informatica – che consentono di tenere sotto controllo una ventina di problemi primari attraverso una serie di indicatori. Strumenti che ci consentono di vedere sia la diagnosi che soprattutto i risultati dell'intervento medico; quindi, siamo in grado di misurare la *performance* del medico. Ci sono dati che posso lasciare agli atti della Commissione.

In sostanza, paziente per paziente, abbiamo una specie di cruscotto – lo abbiamo inventato noi con gli inglesi: si chiama *dashboard* – simile a quello di un'automobile o di un treno e attraverso le lancette vediamo se stiamo operando bene, problema per problema, a seconda si tratti di patologie reumatiche, respiratorie, cardiovascolari. E questo fino al singolo individuo: non ci si ferma cioè alla coorte epidemiologica nella sua ampiezza ma vediamo, persona per persona, diabetico per diabetico, reumatico per reumatico, se sono state seguite tutte le procedure sia di prevenzione che di diagnosi e di terapia.

Quindi, la risposta è sì, ma a condizione che la presa in carico diventi il concetto vero, prevalente, fondante del Servizio sanitario nazionale. Se abbiamo ancora dei medici che non cercano, che non si pongono in maniera proattiva, i migliori strumenti non sono efficienti.

Sugli aspetti della terapia, il problema del ricorso ai farmaci antinfiammatori di ultima generazione, biotecnologici è molto semplice: è la terapia adatta per questo tipo di problema. Le malattie reumatiche infiammatorie sono in genere malattie dell'apparato immunitario e quindi sono malattie autoimmuni. Questi farmaci agiscono sui linfociti che determinano la reazione immunitaria, rimodulando la risposta immune.

Non è vero che essi sono in grado di guarire la malattia, ma la possono bloccare. Stiamo parlando di malattie croniche e occorre ricordare che le patologie croniche in cui sono indicati i farmaci biotecnologici sono sostanzialmente quelle della pelle, come la psoriasi, o dell'apparato osteoarticolare, come l'artrite psoriasica, la spondilite anchilosante e l'artrite reumatoide, e quelle del grosso intestino, poi ce ne sono altre, neurologiche come l'Alzheimer e altre ancora. I farmaci agiscono sempre attraverso questi linfociti che bloccano determinati processi immunitari e sono tanto più efficaci quanto più precocemente vengono somministrati.

Quindi, se agiamo su soggetti giovani, quando i processi non sono ancora diventati cronici, abbiamo delle probabilità di successo nell'impedire che la malattia si sviluppi di gran lunga superiori rispetto alla medesima somministrazione in soggetti in età avanzata. Purtroppo per quanto

riguarda l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante e ancora di più per l'artrite psoriasica, oggi siamo di fronte ad un elevato numero di persone che presentano patologie già cronicizzate; però è chiaro che accogliendo queste considerazioni che stiamo facendo dovremmo concentrarci su fasce di età molto giovani.

L'artrite reumatoide, come sapete, spesso insorge in età giovanile: esiste addirittura una forma specifica che si chiama artrite reumatoide giovanile in cui i soggetti cominciano a manifestare i sintomi maggiori o minori già in tenera età.

Un'ultima osservazione in risposta alle richieste che avete fatto. È relativamente facile fare una diagnosi di massima di queste patologie. I criteri maggiori e minori di diagnosi dell'artrite reumatoide e delle patologie croniche reattive sono stati fissati negli anni Sessanta e facendo riferimento ai cinque criteri maggiori o ai cinque minori qualunque medico è in grado di fare una diagnosi presuntiva. Non credo che sia utile inserirla negli *screening* perché in realtà si tratta semplicemente di una normale osservazione del proprio paziente: qualunque medico effettuando un intervento di cura sistematico sul proprio paziente, è in grado di far evidenziare il sintomo.

In seguito, qualora fossero presenti almeno due dei criteri maggiori e dei criteri minori, secondo gli algoritmi della medicina, sarebbe opportuno fare degli approfondimenti; anche perché stiamo facendo un percorso verso il contenimento degli esami diagnostici e quindi stiamo cercando di limitare al massimo tutti quegli esami che una volta venivano considerati di *routine* e che in realtà producono degli sprechi per il Servizio sanitario nazionale. Quindi, e con ciò concludo, una buona clinica, una buona presa in carico elimina molti costi.

SANNA. Se mi è possibile vorrei aggiungere alcune ulteriori considerazioni. Uno strumento che noi medici di medicina generale abbiamo e che viene usato pochissimo è quello della storia familiare: le malattie di cui parliamo sicuramente hanno nella storia delle famiglie un peso notevole. Di qui l'importanza di quella ricognizione nella popolazione di cui parlavo prima, che può essere fatta solo ed esclusivamente dal medico di medicina generale, il quale può individuare le aree di popolazione a rischio in coloro che hanno già visto presente la malattia all'interno del proprio nucleo familiare. Simili informazioni possono sicuramente, per esempio completate con uno *screening* genetico, darci delle ulteriori possibilità di intervento precoce.

Questo principio vale anche per i tumori: molto spesso possiamo svelare delle condizioni precliniche prescrivendo degli esami in quelle famiglie dove è già stato presente un malato, che ci fa da caso indice, e che può essere rilevato anche nella generazione precedente. Il reumatologo molto spesso tutto questo non lo sa: lo può sapere il medico di famiglia che lavora in quel paese, in quel quartiere, in quel contesto. Quindi, la familiarità è uno degli elementi di cui sicuramente non si può fare a meno e su cui bisogna lavorare ancora molto.

L'altra cosa che volevo dire per completare quello che diceva il collega è che per esempio nelle malattie reumatiche degenerative, quelle dell'anziano, per tanto tempo i medici di medicina generale non hanno avuto la possibilità di utilizzare i farmaci per il dolore cronico, soprattutto nelle malattie che non hanno una cura eziologica, quindi utile per curare il sintomo dolore e aiutare ad avere una buona qualità della vita. I farmaci del dolore cronico – pensiamo ad esempio alla morfina – a noi medici di medicina generale sono stati negati per lungo tempo, e solo da poco siamo riusciti a trattare questi pazienti, senza il timore di essere incriminati o perseguiti per un nostro preciso dovere: quello di alleviare le sofferenze delle persone.

Per quanto riguarda la diagnosi precoce, a parte la familiarità, secondo me è importante, come diceva il collega, l'osservazione clinica che non va mai sottovalutata, perché anche un piccolo segnale molto spesso può essere importante. Ricordo che abbiamo da poco concluso lo studio Pandora sulle arteriopatie obliteranti periferiche: non ha a che fare con le malattie reumatiche ma lo segnalo per darvi un esempio della medicina di iniziativa di cui parlava il collega Cricelli.

Andando a studiare oltre 5.000 persone in Italia, i medici di medicina generale hanno fatto un piccolo *test*: la misurazione della pressione arteriosa mediante la misurazione dell'indice caviglia-braccio con un mini *Doppler*, un piccolo strumento che si può utilizzare in qualsiasi ambulatorio e anche a domicilio. Ebbene, il 22,4 per cento dei soggetti studiati con fattori di rischio – quindi con familiarità per ipertensione, diabete e quant'altro – in una fase assolutamente asintomatica, avevano l'indice caviglia-braccio positivo, quindi predittivo, di una malattia delle arterie, quindi di una arteriopatia obliterante, che poteva evolvere in un evento cardiovascolare o cerebrovascolare maggiore, ad esempio un *ictus*, un infarto o simile.

Il 22,4 per cento di questi soggetti non aveva sintomi: grazie a questo piccolo esame, ogni paziente ha avuto la possibilità di sapere di essere predisposto alla malattia, in modo tale da essere monitorato e curato negli anni successivi. In questo modo si può scongiurare la malattia conclamata e le sue conseguenze peggiori.

Un sistema siffatto si può mettere in atto per molte altre patologie, forse anche per l'artrite reumatoide: una prima serie di esami può essere prescritta dal medico di medicina generale nelle aree con popolazione a rischio. Questo, insieme all'osservazione clinica di cui parlava il dottor Cricelli, potrebbe consentirci di diagnosticare precocemente le patologie.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per i loro interventi.

Mi permetto di aggiungere una proposta in ordine a quanto è emerso dai vostri discorsi relativamente all'approccio predittivo e terapeutico, che mi sembrano molto importanti. Le riserve avanzate nei confronti dei farmaci innovativi e biotecnologici dovrebbero essere la premessa per il loro corretto utilizzo. Molto spesso, però, per evitare spese maggiori, si rischia il razionamento improprio di determinate terapie e questo è un approccio molto miope considerati i costi di una malattia conclamata fuori controllo.

Voglio ricordare che negli ultimi cinque anni la spesa per farmaci territoriali è rimasta inalterata a 13 miliardi di euro mentre quella della distribuzione ospedaliera, negli stessi anni, è passata da 3 a 6 miliardi. Ovviamente si è compromesso il canale culturale tradizionale che prevedeva la prescrizione nel centro di alta specializzazione per acuti, il passaggio dal medico e poi dal farmacista, quindi una vera e propria catena informativa e culturale. Adesso, invece, la distribuzione dei farmaci ai pazienti avviene direttamente nel centro per acuti, che talvolta non possiede neanche le competenze necessarie, all'insaputa del medico di medicina generale.

Pertanto il mio personale intendimento, che tradurrò in una proposta per la Commissione, è di predisporre una mozione affinché i medici di medicina generale non vengano esclusi dal processo informativo, culturale e di dibattito nell'ambito dei farmaci innovativi di questo tipo, sperando di poterla discutere in Aula prima che il dottor Cricelli metta in atto la disobbedienza civile minacciata in questa sede.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 10.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 2,00