
Tavola Rotonda

Coordinatore:

Franco Valagussa, *Heart Care Foundation*

Partecipanti:

Alessandro Boccanelli, *Past President dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri*

Francesco Corti, *Federazione Italiana Medici di Medicina Generale*

Claudio Cricelli, *Presidente della Società Italiana di Medicina Generale*

Gianfranco Gensini, *Direttore della Clinica Cardiovascolare, Università degli Studi, Firenze*

Donato Greco, *Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Nello Martini, *Direttore Generale dei Farmaci e Dispositivi Medici, Ministero della Salute, Roma*

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 116S-121S)

© 2004 CEPI Srl

Nella sua introduzione, *Valagussa* ha evidenziato che nelle due giornate in cui si è articolata la Conferenza si è portato avanti un buon lavoro e sono emerse indicazioni anche su nuovi percorsi. Nei lavori sono state affrontate, in primo luogo, le strategie di popolazione, in cui inizia ad emergere la cosiddetta "cardiologia di comunità", che vede coinvolti sia i medici di medicina generale sia i cardiologi, ma anche altre componenti della società. In seguito si è parlato del tema dell'alto rischio, che ha rappresentato il *clou* della Conferenza, perché si è avuta la presentazione ufficiale delle nuove carte del rischio dell'Istituto Superiore di Sanità, le quali mettono a disposizione uno strumento conoscitivo sul rischio cardiovascolare basato su dati derivati da popolazioni italiane. Si è infine affrontato il tema della prevenzione secondaria, in cui i cardiologi dell'ANMCO hanno già ottenuto cospicui risultati, con l'intenzione di continuare sulla strada intrapresa ma anche di migliorare nella metodologia e soprattutto negli aspetti valutativi come l'outcome research, allo scopo di stabilire i percorsi da privilegiare in una situazione perennemente carente di risorse.

È seguito l'intervento di *Martini*, che ha ringraziato per l'opportunità di partecipare ad un incontro che segna una svolta importante nel percorso della medicina e della politica del farmaco nel nostro paese, avanzando alcune considerazioni sul significato, sulla rilevanza e sul grado di divisibilità del Progetto CUORE, in particolare dell'a-

dozione delle carte di rischio. Questa occasione rappresenta una delle poche volte in cui i risultati della ricerca biomedica ed epidemiologica diventano parte strutturale di un progetto assistenziale del Ministero della Salute, sia per l'intervento di comunicazione nei confronti dei cittadini, sia per la politica farmaceutica e del processo di rimborsabilità dei prezzi dei farmaci. L'aver messo insieme, strategicamente, il mondo della cultura e della produzione delle conoscenze con il mondo istituzionale regolatorio sembra un passaggio assolutamente significativo in un paese in cui regole e cultura sono state finora fortemente divaricate. La Conferenza ha discusso nel dettaglio il grande significato di passare da una strategia assistenziale di controllo e di prevenzione dei singoli fattori di rischio ad una di trattamento del rischio cardiovascolare assoluto, cosa che restituisce la pratica medica ad una valutazione globale del singolo soggetto. Il significato dell'adozione delle carte di rischio del Progetto CUORE in rapporto ai farmaci sposta il baricentro della politica sanitaria dalle note CUF alle carte di rischio. Finora il mondo della medicina generale, quello degli specialisti e quello politico hanno dibattuto molto sulle cosiddette note CUF, inizialmente nate come strumento di riduzione della spesa, successivamente intese come strumento di appropriatezza ed infine, in particolare la nota 13, come strumento che lega prezzi e rimborso ad assistenza, prevenzione e ricerca. Questo è un passaggio straordinariamente importante ed

innovativo da un punto di vista culturale, con riferimento anche ad altre esperienze della medicina generale e specialistica nei vari paesi europei, in cui il processo di evoluzione delle conoscenze ha portato all'applicazione delle carte di rischio nelle politiche farmaceutiche di rimborsabilità delle statine o di altri farmaci. La cosa più importante che sta succedendo oggi, a partire da questo convegno, è che attraverso il progetto di ricerca RIACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare e Epidemiologia), non solo adottiamo una strategia di prevenzione e le carte di rischio come parte integrale dell'assistenza farmaceutica, ma ci forniamo anche di uno strumento di outcome research nella medicina generale, allo scopo di verificare quanto e come le conoscenze ottenute su popolazioni e le decisioni regolatorie siano trasferibili nella popolazione generale e nella realtà di tutti i giorni. In secondo luogo, con studi di outcome research, è possibile misurare la riduzione degli eventi, in modo tale da utilizzare la pratica clinica non solamente come un momento di prescrizione farmacologica, ma anche come elemento di ricerca che consenta, eventualmente, di rimodulare le decisioni di tipo regolatorio. Questo rappresenta un passaggio innovativo, in quanto non esiste, a livello europeo, un paese che abbia ipotizzato un progetto che metta insieme assistenza, ricerca, medicina specialistica e medicina territoriale. È del tutto evidente che per poter raggiungere un obiettivo di questa natura è necessario che i vari segmenti del settore, e quindi livello istituzionale (Ministero della Salute, Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, Agenzia Italiana del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità e Regioni), società scientifiche specialistiche e medicina generale condividano questo percorso e questo progetto. Un altro elemento che sembra importante sottolineare attiene al grande dibattito, che è ancora in corso, sulle varie carte di rischio. La scelta adottata dal Ministero della Salute di adottare una carta di rischio ritagliata sulla popolazione italiana appare un elemento positivo, ma ancora più strategico è il dotarsi da parte della struttura sanitaria nazionale di un progetto assistenziale e di outcome research che faccia una verifica della trasferibilità e dei risultati dell'adozione delle carte di rischio, operando in qualche modo una certificazione, perché nessuna carta del rischio può essere considerata la migliore in assoluto. Siamo, pertanto, nelle condizioni con questo progetto non solo di adottare le carte di rischio, ma di licenziare un progetto di valutazione della trasferibilità e dei risultati in termini di esiti di questo cambiamento di strategia assistenziale. C'è però anche un rischio, e cioè che non ci sia una forte integrazione, nell'ambito di una strategia di prevenzione, tra stili di vita e terapia farmacologica. Oggi, per ragioni diverse, il profilo di appropriatezza nella prescrizione dei farmaci, ad esempio delle statine, è quanto meno preoccupante. Infatti la spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale per le statine nel 2000, globalmente, è stata di circa 370 milioni di euro e nel 2003 di 770 milioni di euro, quindi si è più che raddoppiata, cosa che di per sé può por-

tere ad una valutazione positiva. Il fatto è che da una serie di studi dall'Istituto Superiore di Sanità, confermati anche da altre strutture di ricerca, la probabilità che un paziente curato con statine continui ad essere trattato per oltre 1 mese è solo del 20%. Ciò significa che l'80% della spesa è sostanzialmente inutile. È invece importante introdurre, a partire da questa occasione, una inversione di tendenza, allo scopo di evitare che il farmaco finisca per assumere un significato diseducativo nelle strategie assistenziali, se si utilizza senza intervenire minimamente sugli stili di vita e su altri fattori che sono estremamente importanti. D'altra parte, è stato evocato da alcuni elementi del mondo scientifico in Italia che l'adozione delle nuove carte di rischio potrebbe comportare un accesso molto limitato dei pazienti al trattamento con statine e quindi una discriminazione rispetto al bisogno atteso. In realtà, se noi avessimo una riconversione di quell'80% delle risorse che viene male utilizzato in una strategia adeguata, incorporata nelle carte di rischio, sostanzialmente non ci sarebbero differenze. Quindi il problema non è di sottotrattamento ma di appropriatezza d'uso. Rispetto al grande impegno di risorse del Servizio Sanitario Nazionale, l'adozione di carte di rischio collegate con un progetto di outcome research è lo strumento più adatto a rispondere in maniera appropriata ad un utilizzo dei farmaci che sia coerente rispetto ad una strategia globale incentrata su tutti gli elementi della prevenzione primaria e secondaria. È in questo contesto che è stata riformulata dalla CUF la nota 13 per le statine, collegandone l'erogazione alle carte di rischio. In altri termini, il criterio della rimborsabilità non è più un criterio esclusivamente regolatorio, ma sussiste se questi farmaci vengono utilizzati in pazienti in cui vi è stata una valutazione, sulla base delle carte, del rischio cardiovascolare e vi è una previsione di avere eventi cardiovascolari nei prossimi 10 anni in una probabilità superiore al 20%. Quindi, in qualche misura, il processo di rimborso viene ricollegato oggi con una pratica clinica di valutazione del rischio globale e della adozione delle carte. L'assetto regolatorio e quello assistenziale trovano pertanto un punto importante di collegamento, secondo un modello ideale che, nel recepire un dato della conoscenza e della ricerca, si dota degli strumenti per poter modificare la propria decisione in rapporto poi ai risultati che si ottengono. Questo progetto, che si spera di condividere rapidamente con l'Istituto Superiore di Sanità, con le società scientifiche, con le regioni e con i medici di medicina generale, può essere una risposta importante che traduce nella pratica l'adozione delle carte di rischio, rappresentando un vero strumento di implementazione, di assistenza, di rimborso, ma anche di ricerca. I due bracci fondamentali di questo progetto, detto RIACE sono da una parte la trasferibilità della cosiddetta efficacia dei trial clinici all'efficienza nella pratica clinica assistenziale di tutti i giorni della medicina generale (utilizzando coorti di pazienti e gruppi di medici disponibili), e dall'altra uno studio di outcome research per verificare

qual è la riduzione degli eventi nelle coorti di questi pazienti con una integrazione tra medicina di base e medicina specialistica ed ospedaliera. Si tratta, pertanto, di un progetto integrato, di cui il Ministero chiederà alle società scientifiche di poter scrivere insieme il protocollo di ricerca e allo stesso tempo di assistenza. Questo significa fare riferimento a gruppi di medici di medicina generale, in modo che poi questa attività di ricerca sia riconosciuta loro, attraverso crediti formativi, come parte strutturale dell'attività assistenziale. Questo convegno, che ha affrontato il tema del rischio cardiovascolare, con la pubblicazione delle carte di rischio da parte dell'Istituto, con la decisione della CUF di legare la rimborsabilità dei farmaci alle carte di rischio, con la proposta di elaborare insieme un progetto di outcome research, rappresenta una risposta di alto profilo culturale ed assistenziale, ed è auspicabile che vada ripetuto, entro breve tempo, per analizzarne insieme l'avvio e sperabilmente anche i primi risultati.

Nel successivo intervento, *Boccanelli* ha ricordato l'inusuale sinergia che si è venuta a creare tra società scientifiche come l'ANMCO ed istituzioni come l'Istituto Superiore di Sanità ed il Ministero della Salute all'interno dell'Alleanza per il Cuore, allo scopo di raggiungere gli obiettivi sopra riportati. La prerogativa dell'ANMCO è quella di una rete di circa 750 strutture cardiologiche, all'interno delle quali lavorano 5000 cardiologi. L'ANMCO, aderendo alla filosofia dei registri, si è dotata di sistemi per poter raccogliere dati relativi ai grossi temi della cardiologia che poi sono i grandi temi della salute pubblica, tra i quali i minimal data set per la prevenzione, le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco, instaurando una collaborazione formale con l'Istituto Superiore di Sanità relativamente al monitoraggio delle sindromi coronariche acute e mirando concretamente all'integrazione tra formazione, ricerca e organizzazione sanitaria. I registri delle sindromi coronariche acute costituiscono un formidabile esempio in cui un corpo assistenziale unitario, come le nostre 400 unità coronariche, inviando questi dati al nostro Centro Studi, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, può monitorare la qualità delle cure e la loro efficacia nel tempo, utilizzando i dati ricavati dall'assistenza quotidiana ai pazienti. Un obiettivo da perseguire è quello di rendere accreditante, in quanto formativa, la partecipazione ad un registro che porti ad un obiettivo di sanità pubblica. Noi vogliamo fornire alle istituzioni sanitarie, in particolare al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, più dati possibili relativamente all'andamento delle malattie cardiovascolari. Per fare questo occorre che i tanti medici che lavorano giorno e notte nelle nostre unità coronariche siano motivati a farlo. Rendere accreditante questo tipo di attività, costituisce un meccanismo privo di costi e nel contempo molto valido, perché compilare bene una scheda clinica, in maniera ben verificabile da chi poi raccoglie i dati, è fortemente formativo, poiché ci si educa non soltanto a seguire una certa procedura, ad un meto-

do, ma anche alla cultura della verifica del risultato, per cui a distanza di tempo ciascuno potrà verificare la bontà delle sue procedure. Questo è applicabile anche nel mondo della prevenzione. L'ANMCO lavora soprattutto in ambito di prevenzione secondaria, ma esistono ormai numerosi esempi regionali in cui l'ospedale ha preso iniziative nei confronti dei medici di medicina generale, figure naturalmente centrali, per progetti comuni, poi condivisi da agenzie di sanità pubblica, relativamente alla mappatura del profilo di rischio cardiovascolare in un determinato territorio regionale. Esistono anche esempi di accreditamento del medico di medicina generale che compila le carte del rischio disegnando così il profilo del rischio della propria popolazione di assistiti. Ci si associa fortemente alla constatazione di un momento fortunato che si sta creando: l'ANMCO ormai si è indirizzata per buona parte della sua attività di ricerca verso la verifica dei risultati, in assoluta coincidenza con gli obiettivi dell'Istituto Superiore di Sanità, nei confronti dei cui scopi istituzionali si pone a completa disposizione.

Ha preso in seguito la parola *Gensini*, che ricordando ad esempio di carta del rischio quella irlandese, in cui è inclusa anche l'omocisteina, ha sottolineato che ci si debba muovere intorno a due diversi obiettivi, consolidare le conoscenze acquisite e muoversi lungo linee operative nella pratica clinica. Un altro punto da ricordare è l'importanza della riabilitazione, che per molti anni è stata un po' la cenerentola della cardiologia, anche perché gli studi relativi non avevano raggiunto quel livello di evidenza che invece più recentemente si è osservato. A Firenze, da pochi giorni, si è costituito il Dipartimento Cardiologico e sarebbe auspicabile che esso abbia un approccio preventivo, senza pretendere che sia un approccio perfetto, ma ponendo attenzione al coinvolgimento delle diverse figure professionali. Si sottolinea, a tale proposito, il problema dell'ansietà e della depressione nei pazienti che hanno avuto un evento coronarico, in quanto il cardiologo deve porre attenzione anche a problemi che non sono strettamente di sua competenza ma che possono pregiudicare la prognosi del paziente. D'altra parte, va ricordato che in 30 anni, negli Stati Uniti e in altri paesi sviluppati, l'aumento dell'attesa di vita è stato in larga parte dovuto alla diminuzione degli eventi vascolari, segnatamente di quelli coronarici, mentre l'aspettativa di vita è peggiorata in relazione alla broncopneumopatia cronica ostruttiva ed al cancro, malgrado l'impegno profuso nella ricerca antitumorale. Si concorda con il fatto che le prescrizioni spesso non sono appropriate rispetto alle evidenze, ma il paziente non sempre rispetta l'aderenza alla terapia che garantisce i risultati sperati. Il medico di medicina generale ha la responsabilità enorme di dovere contrastare questa riduzione della compliance, ma ciò richiede attenzione a quello che il paziente pensa e la possibilità di offrirgli un tempo di contatto sufficiente. Non necessariamente il medico è il solo che possa offrire questo contatto: l'infermiere di prevenzione, in Inghilterra, rap-

presenta una realtà molto affermata, mentre in Italia siamo ancora un po' indietro in questo senso: gli sforzi combinati di soggetti diversi facenti parte del team che si occupa della prevenzione potrebbero invece rappresentare un elemento di particolare interesse. Per quanto riguarda il coinvolgimento del paziente, appare utile l'uso delle carte del rischio: uno dei motivi della scarsa compliance dei pazienti, ad esempio degli ipertesi, è che non sono motivati all'assunzione del trattamento in quanto sono spesso asintomatici e sono timorosi degli effetti collaterali riportati nei foglietti illustrativi dei farmaci. Le carte del rischio servono anche per dare un'immagine tangibile del rischio futuro, ma è essenziale anche porre attenzione al modo di pensare del paziente, ai suoi valori, in modo da informarlo in modo preciso dei pro e dei contro insiti nella terapia. Un altro punto da ricordare è avere la capacità di rinviare, cosa che non avviene spesso in Italia a differenza di quanto succede nella cultura anglosassone: quando si decide di prescrivere una terapia che andrà praticata per anni, si può benissimo aspettare qualche settimana per condividere meglio questa scelta ed ottenere una maggiore aderenza da parte del paziente, soprattutto se anziano e con difficoltà ad assumere una politerapia. Probabilmente si dovrebbe abolire il termine compliance, perché, come tutti sanno dalla fisiologia polmonare, si riferisce ad un fenomeno passivo. Tale termine andrebbe sostituito con concordanza, segno di un paziente partecipe di una scelta preventiva di cui conosce gli elementi positivi e magari anche i possibili effetti avversi. Ciò potrebbe aumentare la quota di pazienti, in questo momento molto modesta, che riceve un trattamento accettabile.

Nel successivo intervento *Cricelli*, nel ringraziare per l'opportunità di confronto offerta, ha ricordato che il lavoro dell'ambiente scientifico e delle associazioni mediche e le apprezzabili iniziative del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità devono trasferirsi in maniera comprensibile, chiara, trasformabile in atti concreti, ai medici che quotidianamente lavorano nella pratica, pena il rischio di fare diventare inutili anche apprezzabili iniziative come l'Anno del Cuore. Questo significa che bisogna comprendere il funzionamento della professione pratica della medicina generale che, in particolare, ha davanti a sé popolazioni e concretizza quelle che sono le cosiddette tecniche e strategie di popolazione. Si annuncia la fondazione della Società Italiana di Medicina delle Persone Sane e della Salute, che vuole occuparsi delle tecniche di popolazione e che vedrà insieme in modo multidisciplinare, nel suo primo incontro a Spoleto, diabetologi, specialisti dell'obesità, reumatologi ed altri professionisti che parleranno di come non soltanto evitare che la gente si ammali, ma di come tenerla in salute. Ciò presuppone tecniche, approcci e conoscenze scientifiche particolari, allo scopo di avvicinare popolazioni che vivono il paradosso della modernità: dal momento in cui uno nasce viene aggredito da sostanze nocive e si nutre con un'a-

limentazione che è tutto fuori che quella adeguata, e la medicina mette in atto tutte le contromisure per impedire che mentre uno si ammali. All'interno di questo straordinario conflitto di visione sociale, pazienti e medici chiedono soluzioni semplici, e si interrogano sul significato delle tecniche di salute, perché parlando dell'Anno del Cuore e della prevenzione cardiovascolare, sostanzialmente ci si occupa di diminuire l'impatto delle malattie cardiovascolari e dei grandi fattori di rischio come l'ipertensione, che viene curata come una malattia, il diabete, che è anche una malattia, le abitudini di vita scorrette come il fumo. A questo proposito, si ricorda la Consensus Conference sull'obesità che si è svolta 3 mesi fa ed in cui si è convenuta l'utilità di valutare la circonferenza addominale dei bambini ed impedire che divengano adolescenti o adulti obesi: con questa semplice misurazione, che è uno strumento di popolazione, è possibile ridurre la mortalità cardiovascolare di circa il 28%. Questo approccio non rappresenta la soluzione del problema, ma è un modo di integrare quanto emerso nel dibattito odierno, la riduzione del colesterolo come indicatore sintetico di mortalità cardiovascolare, il controllo del diabete. Risulta chiaro che all'interno di questa complessità nel mondo del rischio cardiovascolare spesso i medici si possono confondere sul peso dei singoli fattori e su come debbano essere contrastati. Tanto più si può immaginare la confusione di un medico che è il percettore passivo di informazioni e che ha peraltro un grande interlocutore nelle aziende farmaceutiche, le quali oggi, paradossalmente, veicolano gran parte di tutta l'informazione medico scientifica. Questo per tentare di dipingere per grandi tratti il complesso scenario di questa professione che oggi è evocata e chiamata al coinvolgimento. È evidente che noi abbiamo tre compiti derivanti da obiettivi. In primo luogo, non è più possibile praticare una medicina episodica, occasionale, priva di metodo. Non è possibile che un medico si convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale senza che questo gli dia dei compiti, condivisi, come invece succede in Inghilterra, dove il convenzionato riceve il libretto rosso del National Health Service. Il medico inglese conosce i suoi obiettivi di popolazione e non viene pagato se non raggiunge alcuni obiettivi minimi, come ad esempio le vaccinazioni. In secondo luogo, non è possibile che questa professione medica pratica non abbia dei network, o comunque altri strumenti di comunicazione integrata, come quello, poco conosciuto, del centro di ricerca della SIMG, che ha in linea circa 1 250 000 pazienti italiani, strutturati in un network epidemiologico, con possibilità di ricavare dati che sono stati oggetto di pubblicazioni internazionali. In terzo luogo, deve esistere una continuità tra ricerca, informazione ed iniziative. Abbiamo l'Anno del Cuore, ma non ha senso che ogni associazione organizzi separatamente le sue iniziative. È auspicabile che il 24 e il 25 di settembre, a Palermo, l'iniziativa promossa dalla SIMG coinvolga anche le altre associazioni ed i cardiologi, perché non è più possibile che la medicina ge-

nerale e la cardiologia operino senza una continuità delle cure. Noi adempiamo al nostro obbligo primario che non è prevenire, ma curare le persone di questo paese. La gente innanzitutto vuole essere curata e non possiamo rinunciare a questo compito, ma bisogna farlo con appropriatezza. In conclusione si ricorda un'altra delle iniziative che la SIMG sta lanciando, quella di introdurre il dosaggio e la valutazione dell'omocisteina nella popolazione. Con il progetto RIACE è la prima volta che viene offerta l'opportunità di condividere non un progetto, ma un modo di pensare la propria esistenza professionale, recuperando la capacità di lavorare insieme. Il messaggio finale è che non c'è futuro se non si collabora intorno al grande tema della patologia cardiovascolare, che è quella che affligge e causa la maggior parte delle morti nella popolazione.

In seguito ha luogo l'intervento di Corti che ha portato il saluto della FIMMG e si è dichiarato favorevolmente impressionato della nuova concezione delle carte del rischio, considerate non più uno strumento burocratico-amministrativo, ma un mezzo flessibile e modificabile di promozione della qualità dell'assistenza e della ricerca nell'attività clinica del medico di medicina generale, che è cambiata negli ultimi anni, soprattutto dandosi un'identificazione culturale, collaborando con la SIMG ed altre società, sviluppando gli aspetti organizzativi, l'informatizzazione degli studi medici, l'associazionismo, la strumentazione e la possibilità di avere a disposizione personale che collabori sia da un punto di vista amministrativo che da un punto di vista infermieristico. Certamente ancora pochi medici hanno uno statimetro e una bilancia per calcolare l'indice di massa corporea o un metro per misurare la circonferenza addominale, ed ancora meno sono quelli che effettivamente li usano. Indubbiamente la medicina generale si caratterizza per un'eccessiva variabilità dei propri comportamenti, variabilità che va ridotta, anche se è più difficile rispetto al trattamento di un infarto miocardico acuto, in cui bisogna seguire un algoritmo precodificato, mentre quando si presenta nello studio del medico di medicina generale un paziente con mal di schiena, questi può risultare affetto da molte e diverse patologie, per cui l'approccio non potrà essere sempre ristretto in percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli eccessivamente rigidi. Sta di fatto che però l'occasione offerta dalle note ristrettezze delle risorse economiche permette di sviluppare una serie di attività a livello di ASL che potrà identificare alcune aree di patologia prevalente. Lo scopo del medico di medicina generale è curare i propri assistiti, ma talvolta possiamo utilizzare lo strumento della medicina di opportunità, ad esempio consigliando di smettere di fumare, che se moltiplicato sui grandi numeri della popolazione italiana assumerebbe una grande importanza. Il progetto RIACE appare uno strumento che permette anche di iniziare una promozione della figura professionale del medico di medicina generale, che non ha mai avuto una carriera, identificando un percorso che dia anche soddisfazione

rispetto all'acquisizione di alcune competenze. Il percorso didattico-formativo che adesso anche all'interno del corso di laurea ci viene permesso di sviluppare, unito alle attività tutoriali, di ricerca e di sperimentazione permetteranno di creare un medico di medicina generale che oltre alle competenze di prevenzione, di diagnosi, di cura, di ascolto e di organizzazione abbia anche la possibilità di sviluppare ricerca e formazione.

Nel suo intervento conclusivo Greco ha evidenziato come l'Istituto Superiore di Sanità stia preferendo i workshop tra esperti ai numerosi convegni con grande numero di partecipanti organizzati in Italia, perché la sua esigenza primaria è quella di raccogliere valide opinioni rispetto alle iniziative di cui si è parlato in questi giorni ed ha pertanto ringraziato tutti i relatori perché si è rispettato lo stile del gruppo di lavoro, discutendo con serenità e libertà. In seguito si sono espresse alcune osservazioni dal punto di vista epidemiologico e di sanità pubblica. Un po' di sfiducia sembra provenire proprio dal mondo cardiologico, poiché l'evidenza scientifica documentata sull'impatto degli interventi preventivi, che forse solo i cardiologi sanno misurare veramente bene, è quasi sempre più negativa di quanto effettivamente accade. Quindi esiste un gap, un grande iato tra i programmi di prevenzione mirati, orientati e valutati (studi di intervento) e i dati di popolazione, che confermano che la salute migliora, l'incidenza di patologie cardiovascolari si riduce, la gente invecchia meglio e l'infarto non fa più paura come 30 anni fa. Collegare la rimborsabilità dei farmaci ad un progetto di valutazione del rischio è importante, perché i medici potrebbero omettere di prescrivere farmaci necessari quando si crea un vincolo normativo rispetto ad una indicazione, con la possibilità teorica di punire chi ha prescritto un farmaco, come era stato ipotizzato in una precedente finanziaria. Un'altra cosa sorprendente è la non conflittualità, la confidenza che l'Istituto Superiore di Sanità, i cardiologi, i medici di medicina generale stanno vivendo. La condivisione della prevenzione cardiologica, da affidare ai medici di medicina generale, sembra costituire un elemento fondamentale. La presenza di rappresentanti della medicina generale appare importante, proprio a testimonianza di una sinergia che ha elevate probabilità di successo. Non si deve credere che la carta del rischio sia un toccasana, ha, però obiettivamente, alcuni vantaggi importanti: deriva dalla popolazione italiana e da coorti recenti, e va proprio nella direzione della medicina dei sani. Stiamo andando sempre di più nella direzione di aprire lo studio del medico al momento preventivo. Purtroppo la carta del rischio graficamente non fa differenziare il diverso peso dei fattori di rischio, in modo che sembra che quasi siano uguali, che il colesterolo, l'HDL, il fumo e il diabete abbiano lo stesso peso, ma non è così, ed è importante sottolinearlo poiché il guadagno che si ricava dall'intervento è proporzionale al peso del singolo fattore. È necessario sottolineare che si sta vivendo un momento veramente felice, poiché per la prima volta da 40 anni c'è un pia-

no di prevenzione da 2 milioni di euro per una campagna sul cuore che non si era mai fatta, mentre vi sono state tante campagne miliardarie per l'AIDS. Anche i progetti sull'attività di ricerca, sia pure con la battaglia quotidiana contro i tagli economici, stanno andando avanti, e l'ultimo elemento importante è il recente accordo di Cernobio, in cui è stato varato il piano della prevenzione primaria, firmata da tutti gli assessori regionali e dal Ministro, che prevede 4 azioni, di cui una sul diabete ed un'altra sull'applicazione delle carte dei rischio. È però necessario che quanto emerso da questo workshop abbia poi una ricaduta operativa. Ci sono nu-

merose iniziative significative, che vedono tutti coinvolti in questa direzione nuova di un impegno sincero e libero per la salute della nostra popolazione. Ci si deve augurare che ci sia non solo un più forte impegno professionale, ma anche in termini di comunicazione, che diventi uno stile virtuoso, positivo e che in qualche modo segni un trend costruttivo. Gli impegni che si sono delineati oggi non sono le promesse con cui normalmente terminano i convegni, ma sono risorse già distribuite e protocolli già scritti, e ciò non può che rappresentare un risultato significativo.