

2-13
MENSILE
XLXI ANNO

Attualità **Beatrice Lorenzin** nuova ministra della Salute p. 4
Fimmg Formazione **Pagati poco e in ritardo: serve la nuova Convenzione** p. 10
Ecografia **L'ecografia e la gestione dello scompenso cardiaco** p. 14

App, smartphone, QR code: ecco la medicina 2.0



AVVENIRE MEDICO

FI&MG
FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA

Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale,

Un altro centro per Fimmg: da oggi i finanziamenti a basso costo sono una realtà per i medici

Dario Grisillo
Presidente Fimmgmatica

Fidiprof Nord e Fidiprof Centro Sud, i Confidi dei professionisti, sono ora pienamente operativi e hanno iniziato a erogare ai soci finanziamenti a tassi decisamente più favorevoli di quelli applicati dalle banche.

Il finanziamento a tasso agevolato è un importante tassello nella strategia di Fimmg a supporto sia degli iscritti che dello sviluppo del progetto di Rifondazione della Medicina Generale

I Fidiprof sono Società Cooperative costituite e operanti ai sensi e per gli effetti dell'art 13 della Legge 326/03 "Disciplina dell'Attività di garanzia collettiva dei Fidi" che supportano i soci nel ricercare e ottenere – cosa non sempre scontata – un finanziamento da una Banca a condizioni nettamente migliori rispetto al mercato perché offrono garanzie a copertura del 50% del finanziamento in favore del socio.

Da oggi è possibile per i soci dei Fidiprof, richiedere un finanziamento a breve (2 anni) o a medio-lungo termine (5 anni) relativo alle spese ordinarie, all'acquisto di beni materiali o immateriali, alla ristrutturazione del proprio studio o anche all'acquisto di beni di consumo e prossimamente un finanziamento ipotecario per l'acquisto di uno studio (10 anni).

I soci dei Fidiprof possono essere i medici o le società a essi collegate, come ad esempio le cooperative di servizio dei medici. Si diventa soci presentando domanda e pagando una quota di iscrizione di 250 euro una sola volta nella vita.

Attualmente i medici Fimmg rappresentano oltre i due terzi della compagine sociale in entrambi i Fidiprof, ma sono necessarie nuove adesioni sia per aumentare il capitale sociale con cui "coprire" il 50% del rischio sia per mantenere il "peso" attuale di Fimmg all'interno dei Fidiprof.

Maggiori approfondimenti e informazioni sulle modalità di ammissione a socio sono disponibili nella sezione "Fidiprof" del sito Fimmgmatica: <http://www.fimmg.org/index.php?action=index&p=532>.

Lorenzin ministra della Salute

Torna una donna alla guida del ministero della Salute. Dopo Tina Anselmi, Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi e Livia Turco è la volta di Beatrice Lorenzin. 42 anni, deputata per il Popolo della Libertà, che guiderà il dicastero dedicato alla sanità nel Governo guidato da Enrico Letta.

“Un ministro si misura sul campo, ma avendo avuto occasione di sentire Beatrice Lorenzin in altre occasioni, posso testimoniare la serietà, la concretezza e la modernità pensiero” ha dichiarato subito dopo la nomina all’Adnkronos Salute il segretario della Fimmg, Giacomo Milillo. Per Milillo “tra le priorità sulle quali lavorare il ministro Lorenzin dovrebbe avere il coraggio di mettere mano al Ssn seguendo alcune direttrici fondamentali: integrazione sociale, potenziamento dell’assistenza primaria, lavorare per la salute e non per la malattia”.

E la ministra, alla sua prima uscita ufficiale, mostra di avere intenzione di intervenire con decisione: “Ripensare il modello or-

ganizzativo e strutturale del Servizio sanitario nazionale non è più procrastinabile”, ha detto Beatrice Lorenzin, spiegando le molte ragioni che portano a ripensare il modello, ovvero “la riforma del Titolo V, l’evoluzione tecnologica, l’invecchiamento della popolazione, la necessità del contenimento della spesa”.

Al ministero della Salute, accanto a Beatrice Lorenzin, ci sarà Paolo Fadda (Pd) come sottosegretario.

Infine, il 7 maggio scorso, sono anche stati definiti membri e vertici delle Commissioni parlamentari e in particolare di quelle che dovranno occuparsi di sanità in questa XVII legislatura (v. box).



I 46 membri della Commissione Affari Sociali della Camera

Partito Democratico (21): Maria Amato; Ileana Argenti; Paolo Beni; Franca Biondelli; Paola Bragantini; Giovanni Maria Salvino Burtone; Salvatore Capone; Elena Carnovali; Ezio Primo Casati; Vittoria D’Incecco; Filippo Fossati; Federico Gelli; Gero Grassi; Vanna Iori; Donata Lenzi; Anna Margherita Miotto; Delia Murer; Edoardo Patriarca; Teresa Piccione; Daniela Sbröllini (Vicepresidente); Chiara Scuvera .

Movimento 5 Stelle (8): Massimo Enrico Baroni; Andrea Cecconi; Matteo Dall’Osso; Giulia Di Vita; Silvia Giordano (Segretario); Giulia Grillo; Marialucia Lorefice; Matteo Mantero.

Popolo della libertà (7): Michela Vittoria Brambilla; Raffaele Calabrò; Luca D’Alessandro; Benedetto Francesco Fucci (Segretario); Roberto Marti; Eugenia Roccella (Vicepresidente); Elvira Savino.

Scelta Civica per l’Italia (4): Paola Binetti; Gian Luigi Gigli; Giovanni Monchiero; Pierpaolo Vargiu (Presidente).

Sinistra ecologia e libertà (3): Ferdinando Aiello; Marisa Nicchi; Ileana Cathia Piazzoni.

Gruppo misto (2): Carmelo Lo Monte (Centro democratico); Mario Borghese (Movimento associativo italiani all’estero).

Lega Nord e Autonomie (1): Marco Rondini.

I 27 membri della Commissione Igiene e Sanità del Senato

Partito democratico (9): Amedeo Bianco; Emilia Grazia De Biasi (Presidente); Nerina Dirindin; Manuela Granaiola (Segretaria); Ignazio Marino; Donella Mattesini; Giuseppina Maturani; Venera Padua; Annalisa Silvestro.

Popolo della Libertà (7): Piero Aiello; Luigi Lettieri D’Ambrosio; Vincenzo D’Anna; Domenico Scilipoti; Maria Riz-

zotti (Vicepresidente); Guido Viceconte; Sante Zuffada.

Movimento 5 stelle (5): Elena Fattori; Serenella Fucksia (Segretaria); Maurizio Romani (Vicepresidente); Ivana Simeoni; Paola Taverna.

Scelta civica per l’Italia (2): Antonio De Poli; Lucio Romano.

Lega Nord (1): Roberto Calderoli.

Gruppo autonomie e libertà (1): Laura Bianconi.

Autonomie (1): Albert Laniece.

Gruppo misto (1): Alessia Petraglia (Sel).

Come funziona e funzionerà la medicina 2.0

Un'analisi a sei mani, realizzata da giovani medici di diversa formazione e collocazione professionale. Una dimostrazione di come le nuove tecnologie abbiano una forte capacità di integrazione

Medici del territorio sempre più "smart"

di Giulia Zonno*

È proprio il caso di dirlo, una cosa che non può più mancare nella borsa del medico del territorio è uno smartphone; infatti in aggiunta alla pura funzione telefonica e di gestione di una rubrica personale, grazie a una connessione dati sempre disponibile viene usato come navigatore per trovare il domicilio del paziente, come luce per guardare in gola, come fotocamera per documentare caratteristiche fisiche del paziente o per catturare una lesione cutanea da monitorare e condividere con un collega, magari utilizzando una app che già a un primo scatto evidenzia simmetria, regolarità dei bordi e colore, un esempio è *Doctor Mole - Skin Cancer app*. E come trascurare la potenzialità di poter registrare un audiovideo ad esempio in presenza di una crisi comiziale, avere a disposizione la funzione di cronometro per misurare la frequenza respiratoria, una calcolatrice per calcolare la posologia dei farmaci pediatrici. Un coltellino svizzero insostituibile, compatto, affidabile, e portatile, in una parola "smart".

Ausilio delle App durante la visita

Purtroppo se durante la visita il medico consulta il proprio smartphone a volte si genera nel paziente il sospetto che il medico stia intrattenendo conversazioni private tramite sms, ed è quindi necessario rassicurare spiegando che attraverso lo smartphone si sta controllando il dosaggio del farmaco piuttosto che le interazioni con altri principi attivi. Di solito la reazione del paziente è più che positiva perché oltre a essere rassicurato rispetto all'attenzione del medico, avere un medico "tecnologico" che consulta lo smartphone ingenera l'idea di un professionista che lavora con organizzazione e precisione. Per il medico del territorio avere uno smartphone durante la visita aiuta nella raccolta del dato clinico, favorisce processi di decisione assistita, e alleggerisce incombenze burocratiche, in barba al luogo in cui ci si trova.

I medici che utilizzano software per la decisione assistita sono in Italia 65,5% contro il 62% dei colleghi europei. Tra questi 65,5% tutti utilizzano sistemi di decisione assistita per la diagnosi, il 30,0% per la prescrizione e il 54,1% per una consultazione generica.

Citiamo alcune app che possono aiutare ad acquisire dati clinici, ma che non sostituiscono la visita.

Eyetest - control your visual acuity: posizionando il paziente a circa un metro di distanza dallo schermo dello smartphone è possibile con facilità anche al domicilio del paziente, chiedere di leggere la tavola ottometrica per valutare grossolanamente cali del visus.

Runtastic Heart Rate è una app che permette di calcolare istantaneamente la frequenza, di velocizzare la raccolta del dato e individuare macroscopicamente alterazioni del ritmo sinusale. È sufficiente che il paziente appoggi il polpastrello in corrispondenza della lente della telecamera attraverso cui, grazie alla luce del flash che resta accesa, il software percepisce le variazioni di flusso capillare e da qui calcola la frequenza cardiaca.

App per supportare la diagnosi e la scelta della terapia

Ci sono pi altre app che supportano il medico nel processo diagnostico e nell'impostazione della terapia.

Medcalc, Qx Calculate, MediMath Medical Calculator (italiano), sono app gratuite o del costo di pochi euro che contengono strumenti per inquadrare il paziente; sono particolarmente utili, visto il sempre maggiore utilizzo degli indici di rischio (*Has-Bled, Chad2vasc, Apach*, solo per fare degli esempi): formule, punteggi, e algoritmi diagnostici per decidere se è necessario il ricovero, funzioni utili al medico e infermieri per svolgere calcoli, valutazioni e stime in vari ambiti della medicina (cardiologia, chirurgia, medicina interna, ematologia, oncologia, medicina d'urgenza, neurologia).

Pocket Lab Values fornisce informazioni su oltre 320 analisi di laboratorio. Di ogni test vengono indicati i valori normali di riferimento, le cause di innalzamento o riduzione e una breve descrizione sul metabolismo e le funzioni del parametro. Inoltre sono indicate eventuali accorgimenti per la raccolta o la conservazione del campione (es: prelievo a digiuno o mantenimento al freddo).

Medscape offre un completo database dei farmaci (Drugs, OTCs & Herbals) con indicazioni, formulazioni, dosaggio e interazioni (Interaction Checker); troviamo anche le sezioni Diseases & Conditions e Clinical Procedures. La prima raccoglie informazioni su malattie e condizioni patologiche suddivise per specialità: ogni voce (circa 3.500) comprende clinica, diagnosi differenziale, trattamento, eziopatogenesi. La seconda, Clinical Procedures, illustra



con immagini e video numerose procedure cliniche (oltre 600) riportando indicazioni, controindicazioni, materiale occorrente e tecnica di intervento. Non manca naturalmente la sezione di approfondimento con notizie e articoli recenti (Medical News) e una sezione dedicata alle Linee Guida.

iFarmaci è un completo prontuario farmacologico contenente oltre 20mila farmaci. La ricerca del farmaco può partire dal nome commerciale, dal principio attivo, dalla classificazione ATC, dall'azienda o dalla scansione del codice a barre. Dall'elenco si hanno subito le indicazioni di prezzo, forma del farmaco, obbligo di ricetta. Nella scheda farmaco, tutte le informazioni necessarie come il gruppo farmaceutico, note Aifa e la monografia integrale facile da consultare.

Da non dimenticare app relative alla posologia di singole classi di farmaci come *Corticonverter* che consente di utilizzare formule appropriate per la conversione delle dosi differenti per molecola di cortisonici ed *Equianalgesie*, una app che aiuta nell'identificazione della dose equianalgesica tra due differenti molecole, nella forma farmaceutica presente sul mercato.

Doctor's toolbox di rapida consultazione questa app contiene algoritmi decisionali e questionari sintetici per la valutazione dei pazienti, anche qui per ciascun segni clinici riportata la sensibilità e la specificità.

Mobile MIM è un'applicazione radiologica che consente l'acces-

so in mobilità alle immagini mediche utilizzando *MIMcloud*, un servizio di imaging medico basato su Internet che fornisce tutti gli strumenti per memorizzare, condividere e visualizzare immagini radiologiche.

Vi sono altre app utili nel percorso diagnostico ma che necessitano dell'utilizzo di device specifici.

T-Ecg User Teleponic Ecg è una app che permette di connettersi ad alcuni apparecchi utilizzati per la registrazione del tracciato elettrocardiografico, e visualizzare immediatamente il tracciato sul proprio smartphone senza dover attendere il tempo di trasmissione e teleferazione.

uChek in sostituzione del classico combur test (stick urine); questa app individua 25 diverse patologie fotografando una striscia reattiva per l'urina. Tra le patologie individuabili dalla app ci sono diabete, preeclampsia (o gestosi), infezioni del tratto urinario, problemi al fegato e anche alcuni tumori.

App per tenersi sempre aggiornati dal punto di vista scientifico...

PubMed Clip è la più completa applicazione per iPhone e iPad dedicata alla ricerca della bibliografia medica su PubMed. Supporta sia la ricerca semplice per parola chiave che quella avanzata: con quest'ultima modalità è possibile applicare una serie di condizioni sulle parole chiave (es: autore, rivista, Isbn, MeSh, ti-

tolo, volume etc..) o di limiti (lingua, specialità, tipo di articolo, date etc) per ottenere un risultato più preciso della ricerca; è supportata la condivisione via email, Twitter, Facebook o Evernote. *CPR & choking* è una app utile per ripassare le manovre del BLS con illustrazione delle manovre attraverso immagini e brevi didascalie.

Evidence Based Primary Care è una app che permette di provare l'ebbrezza di avere l'evidenza in tasca, sono infatti contenute in questa app sensibilità e specificità di segni, sintomi, punteggi e scale raggruppati per quadri patologici.

.. ed utili nell'aggiornamento di politica sanitaria

Fimmg Notizie è una app facilmente consultabile, fornisce ogni giorno notizie di politica sanitaria di interesse nazionale regionale e provinciale con particolare attenzione al mondo della medicina generale. Sempre nella app si trovano due rubriche interessanti una sulle sentenze giuridiche e l'altra che riporta 5 notizie in pillole scientifiche a settimana.

Doctor33, di agevole utilizzo presenta e suddivide in sezioni sanità, farmaci, diritto, clinica ed eventi notizie in materia di sanità.

Nel Fimmg Store sono disponibili e scaribili gratuitamente dal sito www.fimmg.org, le app pensate per alleggerire il lavoro del medico del territorio nel lavoro burocratico, agevolando il medico di medicina generale anche nella attività di certificazione e segnalazione nella sorveglianza sanitaria. Le presenteremo su *Avvenire Medico* una alla volta, a cominciare da questo numero (v.Box)

**Fimmg Formazione*

I molti aspetti dell'e-health

di *Domenico Montemurro**

L'e-health è letteralmente applicazione delle moderne soluzioni e tecnologie informatiche di rete alla salute e alla sanità. Un'evoluzione che non si limita all'utilizzo di Internet per la comunicazione tra le strutture sanitarie e il paziente, ma che cambia anche il rapporto tra cittadino e medico, sanità e medicina. Il termine può quindi comprendere una vasta gamma di significati i cui limiti possono essere da una parte la medicina/healthcare e dall'altra l'informazione tecnologica. Cartella clinica elettronica, telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, modelli di gestione paperless e filmless, le app mediche, rappresentano innovazioni che disegnano il nuovo volto dei sistemi sanitari e cambiano radicalmente l'approccio alla cura del malato. È chiaro che una rivoluzione alla Silicon Valley, dovrebbe comportare la ferma volontà del legislatore di investire risorse e definire regole condivise all'interno di un libero mercato. L'informatizzazione per realizzarsi a tutto tondo dovrà passare attraverso una sana competizione tra stakeholders, evitando da una parte di considerarla come la panacea



di tutti i mali, e al contempo di considerarla un miraggio nel deserto. Siamo in un'epoca in cui bisogna uscire dalla logica regionale per inserire l'innovazione tecnologica (ICT) in un framework nazionale ed europeo. Queste tecnologie migliorano il servizio erogato in ambito di sanità digitale e non, a favore di una maggiore efficienza e offrono benefici concreti: i pazienti ad esempio non devono più andare in ospedale. Siamo ancora lontani! Rispetto all'utilizzo delle nuove tecnologie mHealth vi sono criticità difficilmente superabili: scarsa e difficile intergrazione delle diverse e numerose nuove tecnologie, connessa necessità di garanzie rispetto al livello di privacy e sicurezza dei dati in presenza di un vuoto normativo e legislativo. Dimensione e complessità del sistema sanitario già caratterizzato da grande estensione e frammentazione: questo fatto rende difficile identificare dove effettivamente risiede il potere decisionale. Infine un problema fondamentale deriva dalla riluttanza degli stakeholder a finanziare i prodotti mHealth perché non vedono il vantaggio che può potenzialmente derivare da investimenti in questo settore. Una ricerca condotta nel 2011 con finalità di marketing su quasi 4mila medici americani ha mostrato che oltre l'80% di loro possiede un tablet o uno smartphone e circa la metà di coloro che non lo possiedono è intenzionato ad acquistarlo, L'Italia detiene il primato della penetrazione degli smartphone nella popolazione generale con ben il 32%, e quindi come in tanti altri campi anche nell'ambito della medicina l'uso di app, software agili e veloci, sta dilagando. Una cosa è certa la salute a portata di mano attraverso uno smartphone può essere un mezzo per implementare le nostre conoscenze mediche e fungere da connettore con l'e-health.

**Anaao Giovani*

Mobile Health: il parere di medici e pazienti

di *Maurizia Gambacorta**

PriceWaterhouseCooper ha pubblicato il 7 giugno 2012 il report "Emerging mHealth: Paths for growth" sullo stato dell'arte delle soluzioni mHealth basate sulla ricerca commissionata all'Economist Intelligence Unit (EIU) e ne ha analizzato il punto di vista dei pazienti e dei medici.

Il punto di vista dei pazienti

La maggior parte dei pazienti definisce mHealth principalmente come uno strumento per monitorare il proprio stato di salute (44%) e per entrare in contatto diretto con il medico o l'istituzione sanitaria (43%); il 59% ammette che l'utilizzo di applicazioni mHealth ha sostituito la visita face-to-face con il medico; il 59% dei pazienti di paesi in via di sviluppo utilizza applicazioni mHealth, contro il 35% di quelli di paesi sviluppati. I pazienti dei paesi in via di sviluppo sono maggiormente ottimistici per quanto riguarda il ruolo del mHealth per il miglioramento della propria assistenza sanitaria. Il 53% si aspetta una riduzione delle proprie spese sanitarie (40% nei paesi sviluppati), il 54% sostiene che le soluzioni mHealth miglioreranno la qualità dell'assistenza sanitaria (42% nei paesi sviluppati).

Il punto di vista dei medici. Solamente il 27% dei medici intervistati incoraggia i propri pazienti ad utilizzare applicazioni mHealth e il 13% le sconsiglia apertamente. In generale, la maggior parte dei medici oppone resistenza alle soluzioni mHealth che potrebbero portare a uno sbilanciamento nella relazione medico-paziente. Il 42%, infatti, afferma di temere che il mHealth possa ren-

dere i pazienti troppo indipendenti. Contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, sono proprio i giovani medici a osteggiare il mHealth più apertamente. Il 53% dei medici con meno di 5 anni di esperienza lavorativa è preoccupato per la potenziale indipendenza del paziente e ben il 24% di loro sconsiglia vivamente l'utilizzo di applicazioni mHealth. Nonostante la riluttanza nel cedere il proprio ruolo di "potere", ci sono elementi della nuova tecnologia che sono ben accetti ai medici come l'introduzione dell'iPad all'interno del proprio flusso lavorativo.

Nel 2010 l'University of Chicago Medicine è diventato il primo ospedale americano a dotare i suoi operatori di tablet, assegnando a tutti i 115 medici del reparto di medicina interna un iPad, collegato ai database. Ed ora che anche la Apple ha lanciato la sua ultima creazione, la tablet giusta a misura di tasca di camice, chissà che altre aziende ospedaliere italiane non raccolgano il suggerimento e decidano di dotare i propri medici di un'iPad mini.

**Medico internista presso Uoc Medicina Ospedale Media Valle del Tevere ASL 1 Umbria*

Fimmg Store

Le notizie sulla sanità italiana attraverso un'app

Le App ideate sulle esigenze dei medici di Medicina Generale sono l'ultima novità tra i servizi che Fimmg propone ai propri iscritti.

Sono offerte gratuitamente e disponibili, in versione IOS e Android, sul sito Fimmg (www.fimmg.org) nella pagina Fimmg Store.

Ve ne presenteremo una in ogni numero di Avvenire Medico, insieme ai Qr code con i quali potrete scaricarle anche direttamente dalla pagina del nostro magazine.

Iniziamo da Fimmg Notizie, la testata giornalistica online della nostra Federazione. I suoi contenuti, che la rendono di fatto l'organo ufficiale della Fimmg, sono legati alla figura del medico di medicina generale e ai temi di suo interesse. Propone, infatti, aggiornamenti su temi professionali, sindacali, politico-istituzionali, scientifici oltre che notizie provenienti dall'Italia e dal mondo.

È dunque una App perfetta per rimanere sempre aggiornati sulle ultime notizie riguardanti la professione del medico di Medicina Generale in tutti i suoi aspetti.

Come usare il QR code

È necessario avere installato sul proprio smartphone un lettore di codice QR che è possibile scaricare gratuita-

mente su App Store o su Play Store. Inquadrate con la fotocamera il codice QR e il dispositivo riconoscerà l'indirizzo di destinazione. Aprendolo, vi troverete nella pagina relativa al programma, pronto per essere scaricato sul vostro smartphone o tablet.



Formazione in Medicina Generale: un quadro con troppe criticità

I problemi legati al rapporto di lavoro-formazione sono numerosi: assenza di un contratto, assenza di tutela per maternità e sospensione per malattia con prognosi superiore ai 40 giorni, scarsa possibilità di svolgere attività compatibili che potrebbero garantire un'integrazione reddituale. E in questo contesto di ombre si aggiunge l'annosa questione dei ritardi nei pagamenti delle borse.

di Antonio Gabriele Bonagura*

Essendo considerata borsa di studio, fiscalmente il medico frequentante il CFSMG ottiene un reddito assimilabile a lavoro dipendente a tempo determinato: la borsa di studio è quindi sottoposta a tassazione IRPEF ed alle varie addizionali regionali e comunali; rientra inoltre nei redditi soggetti a contribuzione "Quota B" del Fondo di Previdenza generale dell'Enpam. L'assenza di un contratto ha determinato un mancato adeguamento delle borse di studio al tasso di inflazione. L'ultimo adeguamento al tasso d'inflazione è avvenuto nell'anno 2007 da allora l'ammontare lordo dei compensi per un medico in formazione è di 11.590 euro. Con l'adeguamento la borsa oggi dovrebbe pas-

sare da 966 a circa 1.100 euro/mensili lordi. Per un adeguamento delle borse attualmente erogate sarebbe sufficiente stanziare 9,5 milioni euro.

A tale "discriminazione regionale", tra medici in formazione che ricevono la borsa di studio e medici che vivono nell'incertezza di non riceverla, si aggiunge la grande differenza nell'opportunità di poter svolgere le sole attività per cui è prevista una compatibilità normativo-giuridica. Solo in alcune Regioni, in cui c'è carenza di medici, è infatti possibile svolgere con continuità turni di sostituzione di continuità assistenziale e con grande variabilità stagionale sostituzioni di medici di medicina generale.

Pagati poco e in ritardo. Serve la nuova Convenzione

Questo è il trattamento riservato ai futuri medici di medicina generale. Il passaggio del Corso di Formazione Specifica dal Ministero alle Regioni avvenuto nel 2003, ha determinato una disomogeneità organizzativa che si riflette non solo nella didattica ma anche nell'erogazione dei compensi. I continui ritardi nei pagamenti delle borse, di certo non motivano e non sostengono i futuri professionisti nel loro percorso di formazione! È impensabile che medici tra i 28 e i 35 possano vivere o mantenere la propria famiglia con soli 830 euro al mese. Dei nuovi poveri fanno parte i tanti medici in formazione che dopo anni di studi, superano il concorso pubblico per l'ingresso al triennio per diventare mmg e si trovano a dover vivere senza sapere se quel mese riceveranno o meno la borsa di studio, e dovendo anche sottostare all'iniquo e stretto regime di incompatibilità pur privati del contributo allo studio. Sostenere il Ssn significa mettere i giovani pro-

fessionisti nelle condizioni minime di serenità per poter vivere e lavorare onestamente.

La condizione del medico in formazione in MG e neofornato è di precarietà, considerando l'esiguità della borsa di studio e i ritardi che spesso si verificano nella sua corresponsione. Purtroppo, l'organizzazione del corso di formazione principalmente osservazionale non ha permesso forme di protesta che interrompendo le attività formative si rendessero visibili all'opinione pubblica. Tuttavia, porre domande ha stimolato la riflessione di tutto il Sindacato rispetto all'opportunità di coinvolgere i giovani medici in attività lavorative nell'ambito delle cure primarie già durante il triennio formativo. Ciò determinerebbe da un lato la possibilità di rendere integrata/integrabile la borsa di studio e consentirebbe una migliore preparazione clinico-pratica essendo coinvolti in attività lavorative professionalizzanti in prima persona, accelerando l'accesso alla professione. A questo proposito Fimmg Formazione ripone molte speranze nella stesura della nuova Convenzione.

Giulia Zonno
Fimmg Formazione

E i colleghi specializzandi?

Il ministero competente per la formazione specialistica è il MIUR. Il fondo per il concorso al Finanziamento specializzandi ripartito sulle regioni rientra tra le “somme per attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie” e pertanto sulla base della determinazione regionale viene attribuito nella sua interezza all’Università competente. Il contratto degli Specializzandi prevede la possibilità di estendere la durata del rapporto di lavoro per massimo un anno in caso di gravidanza.

Dal 2006 il ministero ha attivato i controlli da parte della Guardia di Finanza nell’ambito dell’operazione Galeno finalizzata al contrasto all’evasione, alle truffe e agli sprechi nel settore dell’amministrazione pubblica. Nell’ambito di queste indagini sono rimasti coinvolti anche medici in formazione che a volte per scarsa informazione ed altre volte per palese necessità di sostentamento economico hanno svolto lavori incompatibili ai sensi del DM 7 marzo 2006, presso strutture private, private convenzionate o collaborazioni non continuative come liberi professionisti.

La deroga fiscale cui sono sottoposti i compensi degli specializzandi (l’art. 6, comma 6 della L. 398/1989 e soprattutto l’art. 41, comma 1 del DLgs. 368/1999) prevede l’esenzione del pagamento Irpef. La borsa dei medici in formazione è sottoposta a tassazione Irpef e pertanto risulta reddito cumulabile con altri: questo determina per i medici in formazione che riescono ad accedere ad attività di sostituzione in continuità assistenziale un’applicazione al reddito proveniente da tale attività di un’aliquota media superiore sui proventi derivanti dalla Continuità Assistenziale, rispetto a quella applicata ai colleghi specializzandi che percepiscono una borsa esentasse.

La borsa dei medici in formazione non è soggetta alla stessa deroga fiscale. Questo regime oltre a penalizzare economicamente i medici in formazione, determina la condizione per cui la guardia di finanza identifica con certezza eventuali incompatibilità all’interno dei compensi dichiarati che concorrono nel determinare il reddito totale.

Sarà il mese buono?

Il ministero competente per l’organizzazione, la programmazione degli accessi e il controllo dell’attivazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) è il Ministero della Salute.

Il finanziamento del corso del CFSMG viene deliberato su base triennale dal CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica); tali somme sono destinate al pagamento delle “borse di studio medici medicina generale”, al pagamento di docenti e tutor, alla gestione amministrativa e organizzativa del corso e sono soggette a rendicontazione. Il regime di rendicontazione

La mappa dei ritardi



determina, da parte del Ministero, il recupero delle somme rimaste inutilizzate a causa del ritiro dai corsi dei tirocinanti (stimabile intorno al 10% dei corsisti), con la conseguenza di una necessaria ulteriore delibera del CIPE per il reale riparto delle somme preventivamente stanziare.

È individuabile in questo meccanismo una causa di ritardo nei pa-

gamenti nelle regioni che si trovano in difficoltà economiche, che sono sottoposte a piano di rientro o che erogano le borse a consuntivo. L'assenza della delibera CIPE di riparto economico consuntivo specificamente riferito alle annualità del corso, e l'impossibilità di anticipi da parte delle regioni "povere" ha determinato e continua a determinare un ritardo che in alcuni casi ha raggiunto l'anno tra il diritto conseguito alla retribuzione e la sua reale corresponsione.

Rispetto a questa criticità, Fimmg Formazione, con azioni sindacali a livello locale, ha permesso di ridurre notevolmente i ritardi di alcune Regioni, ad esempio in Campania e Sicilia.

Scattando oggi una fotografia dell'entità dei ritardi dei pagamenti nelle regione italiane si nota subito come le regioni virtuose siano soprattutto quelle del nord.

L'incremento del numero delle borse di studio erogate avvenuto per il triennio 2012-2015 ha stressato ulteriormente il meccanismo di anticipo/rendicontazione delle somme destinate ai pagamenti, e ad essere penalizzati sono i medici in formazione di molte regioni.

Perché nel Lazio la borsa cambia tra un'Asl e l'altra?

Analizzando nella Regione Lazio i compensi annui/lordi ricevuti da corsisti appartenenti ad Asl diverse si riscontrano variazioni fino a 140 euro/annue. Difficile capire perché l'entità del compenso definita da un decreto ministeriale (DM 13 aprile 2007, firmato da Livia Turco) debba declinarsi e ridursi nei vari passaggi istituzionali prima di arrivare al destinatario. Per legge l'unica tassazione prevista sulla borsa è l'Irpef. La borsa non è più soggetta a Irap dopo la battaglia condotta e vinta da Fimmg.

Marco Nardelli, coordinatore Regionale Lazio e vice-coordinatore nazionale Fimmg Formazione

Chi eroga la borsa di studio?

Se è vero che le Regioni che erogano le borse con maggiori ritardi sono quelle sottoposte a piano di rientro, è anche vero che non tutte le Regioni sottoposte a piano di rientro pagano in ritardo. D'altronde è difficile immaginare che il pagamento delle borse per il CFSGM possa pesare se non in maniera del tutto marginale nel bilancio della Sanità di una Regione.

Il ritardo nel pagamento sembra quindi avere alla base motivazioni più di tipo burocratico/amministrativo: ad esempio in quasi tutte le Regioni ritardatarie il pagamento avviene a consuntivo e non a preventivo rispetto alle delibere CIPE.

Eliminare l'obbligo di rendicontazione sul finanziamento CIPE permetterebbe alle Regioni di poter più facilmente mettere a preventivo il pagamento delle borse di studio e quindi poter più facilmente anticipare le somme da erogare.

Inoltre le delibere CIPE relative al finanziamento del CFSGM vengono pubblicate con insopportabile ritardo rispetto all'inizio

del corso (generalmente 6 mesi), accentuando le difficoltà delle Regioni "meno virtuose"; pare quindi necessario che le delibere CIPE avvengano in prossimità con l'inizio del CFSGM, facilitando il pagamento da parte delle Regioni e non costringendole ad anticipare il pagamento delle borse per diversi mesi.

Alcune Regioni erogano direttamente le mensilità ai medici iscritti al corso (Calabria, Lombardia, Toscana). La maggior parte delle Regioni però delega le Asl o Agenzie Regionali alla gestione dei pagamenti dei medici frequentanti il loro territorio. Questo "passaggio intermedio" (es. Campania, Puglia) fa sì che le singole Asl/Agenzie in difficoltà possano decidere di non anticipare il pagamento delle borse in attesa della delibera CIPE, determinando situazioni paradossali all'interno della stessa Regione, con colleghi di alcune Asl pagati regolarmente ed altri invece che non ricevono la borsa!

Viene inoltre da chiedersi perché i ritardi coinvolgano sempre i primi anni di corso: se il CIPE annualmente finanzia i tre anni di corso, i ritardi dei pagamenti dovrebbero coinvolgere annualmente tutti e tre gli anni di corso, cosa che nella pratica non avviene. Pare che le Regioni o le varie Asl, "timorose" ad anticipare i pagamenti per il primo anno, non si pongano più questo problema negli anni successivi; un comportamento non certo coerente. Riguardo a questo, va ricordato che l'azione di Fimmg Formazione e dei "100 giorni di lotta" ha permesso negli ultimi anni una progressiva riduzione del ritardo nelle delibere CIPE rispetto all'inizio del CFSGM.

Perché i borsisti calano e i costi di gestione aumentano?

Nel 2011 le borse di studio stanziare a livello ministeriale sono state di 832 unità. Nel 2012 sono invece state stanziare 981 borse di studio. Un aumento quindi di 149 unità (pari al 17%), che ha coinvolto in particolare 3 Regioni:

- Piemonte (passata da 40 unità ad 80 unità, un aumento pari al 100%);
- Emilia Romagna (passata da 50 ad 85 unità);
- Campania (passata da 50 ad 80 unità).

Ci si chiese se la necessità di formare e in breve tempo un numero molto maggiore di medici di Medicina Generale fosse solo di tre regioni. Perché, ad esempio, la Lombardia, Regione dove da anni si va lamentando carenza di professionisti, ha previsto un aumento di sole 10 unità, con un incremento pari all'11%? Il risultato è che, a fronte di 400 pensionamenti annui, iniziano il corso di formazione in MG solo 90 medici. Assistiamo a una contrazione del numero posti letto ospedalieri e a una chiusura dei piccoli ospedali, di fronte a una popolazione che continua ad invecchiare: come sarà sostenibile l'assistenza territoriale nella Regione che deve provvedere all'assistenza sanitaria di più di 9 milioni di persone, circa il 16% di tutta la popolazione italiana?

I contingenti numerici per il triennio 2013/2016 mostrano un dato di riduzione sconcertante e assolutamente in contrasto con la pianificazione delle esigenze della medicina territoriale.

Rispetto ai dati dell'anno scorso si assiste ad un calo del 5,8% dei

Una vittoria Fimmg in Veneto

I due colleghi veneti processati nell'ambito dell'operazione Galeno della GdF sono stati assolti in primo grado. Fimmg Verona ha supportato massicciamente i colleghi, pagando loro il 50% delle spese legali e portando all'attenzione di istituzioni e dei livelli alti del sindacato la loro situazione. Eravamo convinti della loro innocenza. I due colleghi erano "ante-2006", cioè prima delle precisazioni normative che in quell'anno sono intervenute e la giustizia ci ha dato ragione.

Alberto Vaona, segretario provinciale Settore Continuità Assistenziale Fimmg Verona

medici passando, dunque, da un contingente di corsisti composto da 981 unità distribuite sul territorio nazionale disponibili per il triennio 2012/2015, a un contingente di 924 arruolabile per il triennio 2013/2016.

Scorporando i numeri e indicizzandoli regione per regione, che il quadro si fa allarmante:

- la Sicilia subisce un taglio netto del 50% dei corsisti (da 100 a 50);
- il Friuli Venezia Giulia un taglio del 20% (da 25 a 20);
- l'Emilia Romagna una riduzione del 17,64% (da 85 a 60).

Tenendo presente che ogni anno il tasso di abbandono è di circa il 10% sul livello, quest'analisi mette in mostra un contrasto inconfutabile con i numeri dell'Enpam che dimostrano, nei prossimi 5-10 anni, dal 35% al 50% di pensionamento dei medici attualmente in attività, rendendo necessario un ingresso dai 15.000 ai 30.000 medici nel sistema della Medicina Generale.

Tale riduzione dei posti disponibili è un dato in assoluta antitesi con le oramai assidue grida d'allarme provenienti da diverse parti del Paese che lamentano continuamente difficoltà alla copertura di ambiti di medicina generale per insufficienza di medici.

Se poi analizziamo i finanziamenti del Fsn si nota che la somma destinata alle regioni in maniera finalizzata alla formazione in medicina generale non cambia, lasciando il sospetto – come sottolineato da Silvestro Scotti in un recente comunicato – che la ridu-

zione di spesa per le borse di studio, piuttosto che essere utilizzate per aumenti di numero dei partecipanti o per il miglioramento retributivo e fiscale della borsa di studio, verrebbero utilizzate per i costi gestionali e organizzativi del Corso stesso.

Vi è una sperequazione di trattamento economico e fiscale per i medici nella formazione post-laurea, denunciata più volte da Fimmg. L'investimento economico nella formazione in medicina generale annualmente corrisponde solo al 20% di ciò che viene investito per la formazione specialistica.

Se si osserva l'allocazione governativa delle risorse, si nota che nella ripartizione del Fsn alle Regioni vengono assegnati dei fondi aggiuntivi per la formazione, ma si tratta di capitoli di spesa vincolati al finanziamento del concorso di specializzazione, quindi risorse in ultima analisi destinate all'ospedale. E non sono previsti fondi regionali analoghi destinati alla formazione specifica in medicina generale.

Il processo d'investimento va invertito a partire da lontano, se non si investe in una formazione di qualità per i futuri medici di famiglia, se non si potenzia anche in questo modo l'assistenza decentrata sul territorio difficilmente si potranno ridurre i costi di gestione di pazienti sempre più anziani e complessi. L'ospedale non deve e non può, in un'ottica di sostenibilità nel tempo del Ssn essere la prima struttura d'accesso o struttura di riferimento per il paziente affetto da patologia cronica. E considerando che i costi per la cronicità sono una fetta enorme della spesa sanitaria, così dovrebbero essere individuati gli ambiti formativi e lavorativi in cui investire.

Proposte

A conclusione di questa analisi, che è stata possibile grazie alla collaborazione attiva di tutta la Sezione Fimmg Medici in Formazione, indichiamo alcuni punti che speriamo in futuro possano costituire proposte di Fimmg Formazione:

- azioni sindacali a livello locale per contrastare i ritardi dei pagamenti;
- adeguamento al tasso di inflazione della borsa di studio;
- eliminazione del vincolo di rendicontazione dei finanziamenti erogati e destinati alla formazione specifica in Medicina Generale;
- introduzione di un contratto di formazione-lavoro che tuteli il medico in formazione rispetto a obblighi, diritti e doveri legati alle attività svolte durante il percorso formativo e al profilo di responsabilità connesso;
- collaborazione della Sezione ai lavori di riflessione e stesura della nuova Convenzione, per l'introduzione di un capo in cui si definiscano le attività compatibili professionalizzanti che si possano svolgere durante il triennio;
- legare le incompatibilità all'erogazione della borsa (come capita per i medici frequentanti il corso in sovrannumero);
- ridurre i "passaggi burocratici", facendo erogare le borse direttamente dalle Regioni o da un unico ente regionale predisposto e non singole dalle Asl.

**coordinatore regionale Fimmg Formazione Piemonte*

Come minare una programmazione regionale

Il taglio del 50% dei posti nell'accesso al CFSGM in Sicilia determinerà una mancanza di medici formati di qui a 5 anni, il tempo necessario per concludere il percorso formativo in medicina generale che prevede i 3 anni di corso e successivamente i tempi necessari per la creazione e la pubblicazione di graduatoria e ambiti carenti (rispettivamente 1 anno e circa 3-4 mesi).

Luigi Tramonte, coordinatore regionale Sicilia e vice-coordinatore nazionale Fimmg Formazione

L'ecografia e la gestione dello scompenso cardiaco

di **Fabio Bono**

con la collaborazione di **A. Campanini, C. Benedetti, A. Petrucci, A. Pizzo, C. Ravandoni, A. Stimamiglio, R. Falchi, G. Blundo**

L'approvazione della legge n°189 dell'8 novembre 2012 delinea i cambiamenti a cui andrà incontro il sistema sanitario nazionale nei prossimi anni.

Tali cambiamenti incidono fortemente sulla medicina territoriale e ne ridisegnano la struttura, recependo molte delle istanze che il nostro sindacato ha proposto negli ultimi anni.

Questi cambiamenti sono indirizzati a promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, promuovendo l'integrazione territoriale dei vari servizi, per migliorare l'efficienza e la presa in carico dei cittadini, e, contestualmente, consentire la sostenibilità del sistema.

Un uso appropriato delle cure non può che passare attraverso percorsi ben strutturati, ove le varie professionalità, integrate e coordinate, evitando duplicazioni inutili e ridondanti dei servizi, liberino risorse che, reinvestite nel sistema in base a scelte strategiche, possano portare ad un aumento dell'offerta o ad una diminuzione di costi per cittadini.

Le Associazioni Funzionali Territoriali (Aft) e le Unità Complesse Di Cure Primarie (Uccp) saranno gli strumenti, o gli assetti organizzativi, che metteranno in pratica le azioni di governo clinico del territorio che, per sua caratteristica peculiare, sarà sempre più indirizzato alla gestione della cronicità e dei pazienti fragili. Alcuni clusters di pazienti fragili, riconducibili ad un problema sanitario prevalente (scompenso cardiaco, diabete, bpco ecc.) con elevato rischio di ricoveri ripetuti, assorbono già la maggior parte delle risorse ed è a questi gruppi di pazienti cui si dovrà dedicare particolare attenzione nella strutturazione e nella gestione dei percorsi di cura e della conseguente presa in carico.

Un cluster di sicura rilevanza è quello dei pazienti cardiopatici. A tutt'oggi esistono due modelli prevalenti di percorso: l'uno a gestione ospedaliera e l'altro a gestione domiciliare. Considerazioni epidemiologiche, basate sulla prevalenza (20,6 / 1000 abitanti) e sull'incidenza (4,4 / 1000 abitanti) di questa patologia (vedere D.R. E.R. N° 1598/20119) suggeriscono che già oggi la gran parte dei pazienti con scompenso cardiaco, valutabile in circa l'80% dei casi, sia seguita dalla Medicina Generale o dalla Geriatria.

Nei vari modelli di presa in carico multi-professionale la posizione dei mmg, costantemente riferita come "centrale" nelle dichiarazioni e nei documenti programmatici, appare nella realtà sempre più compressa tra la figura dell'Infermiere e dello Specialista di riferimento.

È inevitabile che, ove si voglia migliorare il sistema, nel momento stesso in cui nuovi soggetti professionali, nello specifico gli Infermieri Laureati, si inseriscano nella gestione diretta dei percorsi, le altre professionalità debbano compiere un up-grade dei propri livelli di intervento.

È possibile che in un prossimo futuro, come recita la legge "Balduzzi", vengano dislocate sul territorio, per le esigenze delle ristrutturazioni ospedaliere, altre professionalità mediche che operavano in altri ambiti.

Se la Medicina Generale vorrà e potrà, in un simile contesto, mantenere la propria leadership territoriale, dovrà offrire performance professionali più incisive nella gestione delle patologie ad alta incidenza, ma non solo.

Sicuramente la Medicina Generale dovrà delegare una serie di attività amministrative e para-infermieristiche, mantenendone il controllo, al fine di liberare risorse (tempo) e concentrarsi sulle attività più strettamente mediche e di governance.

Un esempio emblematico di come la tecnologia potrà essere d'aiuto in questa evoluzione lo fornisce l'impiego della ecografia nel follow-up dello scompenso cardiaco congestizio.

È esperienza professionale comune infatti di come la definizione e l'inquadramento di "paziente scompensato" siano complessi e derivino da una valutazione clinica d'insieme. Spesso, soprattutto in pazienti con polipatologia, gli stessi sintomi possono essere fuorvianti, scarsamente obbiettivabili ed avere diversa eziopatogenesi.

Basti pensare alle diversità esistenti nelle diverse classificazioni dello scompenso, per obiettivi e per caratteristiche, che propongono le linee guida internazionali (NYHA, American College of Cardiology/ American Heart Association).

Sicuramente l'ecografia, sempre associata alla valutazione clinica, può consentire una performance diagnostica e gestionale di livello superiore a vantaggio del paziente scompensato, pur senza addentrarsi nel campo specialistico della ecocardiografia.

L'ecografia del polmone ha una semeiotica estremamente semplice e non richiede l'impiego di strumenti ecografici di fascia. È una semeiotica ecografica di fatto così semplice che al giorno d'oggi, disponendo anche gli ecografi "di primo livello" di sofisticati software per l'elaborazione delle immagini, è necessario non impiegare questi algoritmi interpretativi, al fine di avere una immagine la più "basale" possibile, con ogni tipo di artefatto ultrasonoro ancora ben evidente.

Con il termine “paradosso polmonare” in ecografia si intende l’impossibilità di studiare ecograficamente un polmone normale, in quanto pieno d’aria, diversamente dal polmone patologico che diviene ampiamente indagabile o direttamente o per la presenza di artefatti facilmente riconoscibili.

Studiando un polmone normale per via intercostale, utilizzeremo una semeiotica che si potrebbe definire elementare: troveremo, in una sequenza di riproduzione ecografica che va dalla superficie cutanea alla profondità del polmone in direzione dell’ilo, la cute ed il sottocute, i muscoli e le pleure che, durante gli atti respiratori, vedremo scorrere l’una sull’altra provocando l’effetto definito “sliding” (scorrimento).

Oltre le pleure, in un polmone sano, non sarà possibile vedere nulla, per la presenza dell’aria, fatto salvo un artefatto di riverberazione denominato linea A, ovvero, il riproporsi di linee orizzontali che si ripetono regolarmente in profondità a intervalli costanti pari alla distanza che intercorre tra la cute e la linea pleurica, e che tendono ad attenuarsi, perdendo ecogenicità, procedendo dalla superficie alla profondità (Fig 1).

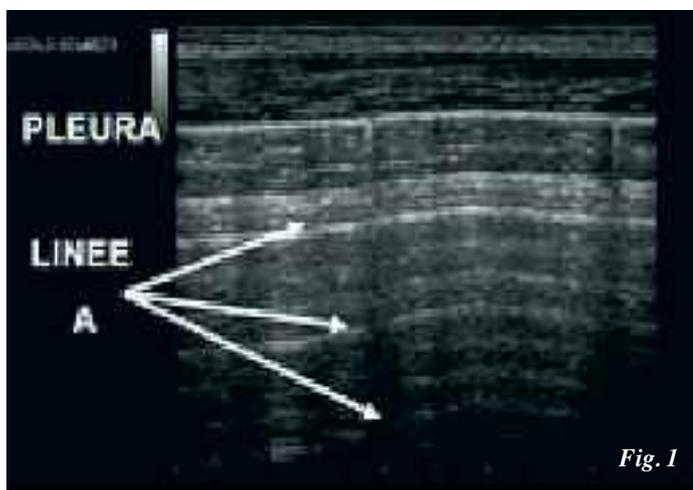


Fig. 1

Nel soggetto normale possono essere presenti anche altri artefatti denominati linee B ovvero artefatti verticali (Ring down artefacts) (Fig. 2), mai in numero superiore a tre per ogni campo di vista (la lunghezza della sonda impiegata) e maggiormente evidenti dei campi più declivi (basali nel soggetto che mantiene la

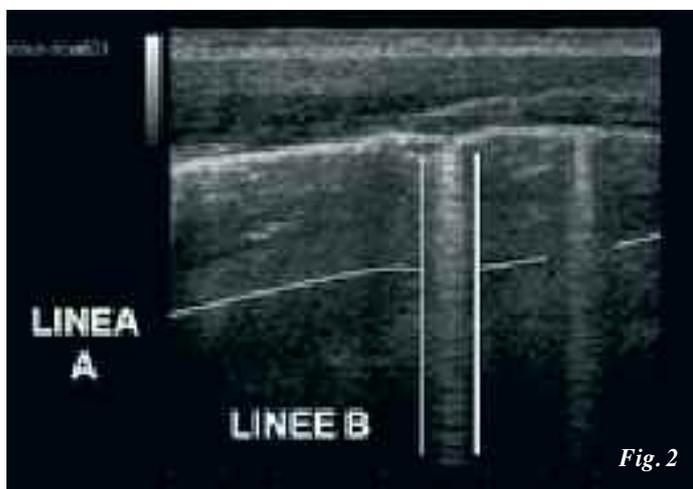


Fig. 2

stazione eretta e che deambula, posteriori nel soggetto allettato). Il fenomeno dell’ aumento delle linee B, sino a sovrastare e coprire completamente le linee A, prende il nome di sindrome interstiziale ecografica e correla, nei pazienti in fase di scompenso congestizio (1), con l’aumento dell’acqua interstiziale polmonare e con l’andamento del Peptide Natriuretico Cerebrale (BNP). Un altro parametro interessante e rapidamente indagabile in ecografia è la dimensione della cava sotto-diaframmatica in proiezione antero-posteriore. L’emodinamica cavale è influenzata dalla respirazione e dall’attività cardiaca e correla con i volumi circolati .

Una serie di lavori mette in relazione le dimensioni della cava e la sua responsività agli atti respiratori con la pressione venosa centrale (Figura 3) (2).

MISURA A-P CAVA	RIDUZIONE INSPIRATORIA	PVC
< 1.5 cm	COLLASSO	0-5 mm Hg
1.5-2 cm	> 50%	5-10 mm Hg
1.5-2 cm	33-50%	10-15 mm Hg
2-2.5 cm	0-33%	15-20 mm Hg
2,5 cm	assente	>20 mm Hg

Fig. 3

Una possibile eccezione può essere rappresentata dal paziente con ipoalbuminemia, condizione spesso presente negli ultimi stadi dello scompenso.

La presenza di un versamento pleurico, anche quando di entità minima, è un altro dato che l’ecografia permette di individuare e valutare, mentre è necessariamente sottostimata dalla valutazione fatta con la radiografia standard del torace.

L’incidenza del versamento pleurico è di circa il 91% nei pazienti scompensati e l’ecografia ha una sensibilità del 90% ed una specificità del 95 % nel riconoscerli, a fronte di una sensibilità del 43% ed una specificità del 100% del rx del torace (3).

Un altro dato che ci può essere fornito dall’ecografia è la “frazione di eiezione visiva” ovvero la valutazione semiquantitativa di come si contrae il cuore. Facile da eseguire, richiede una formazione breve, è ripetibile e correla con la F.E. misurata (Fig. 3) (4). Non si tratta quindi una ecocardiografia, ma di un ampliamento della semeiotica clinica che per anni abbiamo praticato con risultati incerti (terzo tono, dimensioni aia cardiaca ecc.).

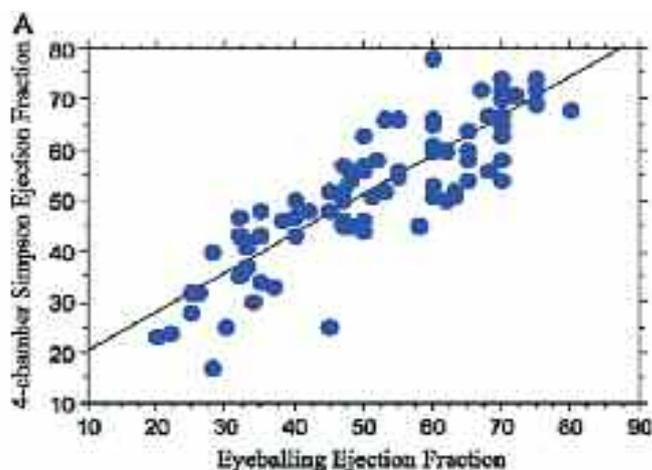


Fig. 4

Nella pratica di tutti i giorni il nostro compito come medici di famiglia, oltre che nella prevenzione e nel controllo dell'evoluzione dei fattori di rischio (diabete, ipertensione, dislipidemia, fumo ecc), si esplicita nel monitoraggio dell'evoluzione della malattia adeguando per tempo le terapie per limitare il passaggio del paziente in classi di maggior rischio. La collaborazione nei percorsi di cura del sistema infermieristico sarà una importante risorsa soprattutto per l'empowerment dei pazienti e dei loro famigliari, così come per il monitoraggio della assunzione della terapia e la compliance nei confronti della medesima. Meno efficace, seppur utile, sarà la rilevanza come sistema d'allerta che utilizzerà segni semeiologici che da anni abbiamo imparato essere poco attendibili.

Il peso del paziente, formalmente utile, si scontra con la difficoltà di standardizzazione della rilevazione, a volte con la difficoltà di esecuzione, e spesso nella non varianza del medesimo, ma nel cambiamento della composizione corporea (dimagrimento da malnutrizione e ritenzione idrica).

Gli edemi declivi non sempre sono rappresentativi dei volumi circolanti, ma possono essere in relazione al mancato movimento, alla insufficienza venosa, al linfedema o all'ipoalbuminemia.

Anche segni come i rantoli crepitanti di sicura pertinenza medica possono essere di difficile rilevazione quando c'è un versamento pleurico misconosciuto dall'indagine radiologica.

Rilevare con metodica ecografica la presenza di una sindrome interstiziale, che correla con il BNP (Fig. 5), di una cava distesa che si rapporta con la pressione venosa centrale



(Fig. 6), di un versamento pleurico (Fig. 7) spesso associato ad atelectasia polmonare (Fig. 8) o di una frazione di eiezione visiva richiede meno di 5 minuti e consente una appropriatezza ben differente da quella della sola clinica e può portare a risultati gestionali sicuramente migliori.

Da tutto quanto su esposto risulta evidente, crediamo, che una gestione anche ecografica (non ecocardiografica di pertinenza cardiologia) dello scompenso possa dare risposte a molti dei dubbi che la semeiotica classica non è in grado di risolvere in modo chiaro ed univoco, e aiuti a riportare il Medico di Medicina Generale al centro di questo percorso di cura.

Bibliografia

- 1) *Lung Ultrasound in the Management of Acute decompensated Heart Failure* Shiang-Hu Ang and Phillip Andrus . *Curr. Cardiol. Rew.* 2012 May ; 8(2) : 123-136.
- 2) *Ecografia d' Urgenza: la valutazione della cava inferiore ed il monitoraggio dello stato di riempimento volemico.* Roberto Copetti. *Italian Journal of Emergency Medicine* . 2008-1
- 3) *The role of thoracic ultrasonography for evaluation of patients with decompensated chronic heart failure.* Kataoka H, Takada S. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2000 May, 35(6): 1638-46
- 4) *Visually estimated left ventricular ejection fraction by echocardiography is closely correlated with formal quantitative methods.* Petri Gudmundsson et al. *J Cardiol.* 2005;101:209-212. doi: 10.1



*Riabilitazione post emorragia cerebrale***Un paziente “sconosciuto”***di Stefano Attilio Nobili****Il caso**

Alberto è un paziente di 59 anni, lavora come pubblicitario. Ha sempre condotto una vita piuttosto “movimentata” senza orari, talvolta poco sonno, accompagnando il tutto da una trentina di sigarette al giorno. Non ha mai visto il suo medico di famiglia (è iscritto da più di vent’anni con lui) perché sempre in viaggio.

Un giorno, la compagna di Alberto si presenta in studio raccontando che il marito è stato ricoverato d’urgenza in ospedale, dieci giorni prima, per un’emorragia cerebrale e che dovrebbe essere dimesso a giorni. Approfondendo che cosa era successo, la compagna racconta che Alberto si trovava da un cliente e improvvisamente “non ha più trovato la parola ed è rimasto con lo sguardo fisso e un mal di testa molto forte (non ha mai sofferto nel passato di cefalea)”. Vista la situazione è stato trasportato nel pronto soccorso dell’ospedale più vicino.

All’ingresso in PS il paziente era vigile, afasico, pressione arteriosa 210-115, fc 92r. L’ECG mostra un’ipertrofia ventricolare sinistra con anomalie aspecifiche della ripolarizzazione. Esami ematochimici in urgenza: GB 12000, nella norma funzionalità renale, epatica, elettroliti, lipidi, coagulazione, renina, aldosterone, troponina, D-Dimero e CPK.

In urgenza è stata eseguita una TC encefalica dove si evidenzia un “vasto focolaio emorragico cortico-sottocorticale e parieto temporale sinistro con effetto massa sul ventricolo laterale sinistro”. Alberto viene quindi trasferito nella “Stroke Unit” all’interno del nosocomio.

In Ospedale. Ecocardiogramma mono-bidimensionale e color doppler: ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, FE 52%, lieve insufficienza mitralica e aortica, camere destre ndp. Il paziente viene stabilizzato e dopo tre giorni è sottoposto a TC encefalica che mostra un quadro sostanzialmente invariato. Si assiste a un



lieve miglioramento dell'afasia. A otto giorni dall'ingresso in ospedale, una nuova TC dell'encefalo evidenzia una riduzione dell'area emorragica temporo parietale sinistra. Viene eseguita una TC renale per lo studio delle surrenali, negativa per anomalie o masse. Negativo anche un Eco doppler delle arterie renali. A dieci giorni, una RM encefalica indica un ematoma temporale sinistro in via di risoluzione con edema perilesionale ed effetto massa. Spazi perivascolari evidenti bilateralmente. Presenza di sfumate aree di iperintensità periventricolare come da sofferenza vascolare.

Valutazione logopedia: attraverso l'Esame al Letto del Malato (*) si evidenzia un'afasia prevalentemente espressiva con compromissione anche della comprensione. Il paziente non riesce a comunicare il messaggio desiderato. Sono presenti diverse anomalie sostituite da circo locuzioni e parafrasi fonemiche o più raramente da neologismi. Lo stesso fenomeno per la lettura ad alta voce. La scrittura è possibile, ma solo sotto dettatura a causa delle anomalie. Non è presente aprassia ideomotora né buccofaciale. Il disturbo, dopo dieci giorni dall'evento, è in fase evolutiva. Si suggerisce di intraprendere una specifica riabilitazione per ridurre le parafrasi fonemiche e ampliare il lessico.

In tredicesima giornata il paziente è dimesso con la seguente terapia:

amlodipina 10mg, bisoprololo 1.25mg, ramipril 5mg, doxazosina 2mg x2, lorazepam 1mg.

Il paziente seguirà un periodo di training riabilitativo logopedico tre volte la settimana caratterizzato da: valutazione delle funzioni corticali superiori, due cicli di training per disturbi cognitivi e per disfasia, al fine di incrementare il vocabolario e facilitare l'accesso lessicale oltre a migliorare la comprensione linguistica.

Follow up: a venti giorni, la TC encefalica mostra un ulteriore miglioramento dell'area emorragica temporo-parietale sinistra. Il paziente affronta con impegno e successo gli esercizi logopedici. A distanza di sessanta giorni dalla dimissione sono ancora presenti alcuni deficit espressivi, la comprensione è buona anche se con rare anomalie. Alla successiva visita di controllo neurologica e riabilitativa al paziente viene consigliato un follow up standard per il notevole miglioramento del quadro generale. Ovviamente il paziente ha smesso di fumare...

Commento

Spicca il fatto, non così infrequente che il paziente è sì iscritto negli elenchi del mmg ma praticamente sconosciuto. Il rapporto medico-paziente inizia dopo la dimissione attraverso le visite perio-

diche per il follow up indicato e per il controllo dell'ipertensione, tenuta a bada dalla terapia prescritta in ospedale. Anche il medico curante si rende conto, con una valutazione per i primi mesi a 20-30 giorni, dei notevoli progressi nel linguaggio. All'inizio il paziente sembrava completamente "perso": presentava difficoltà di comprensione ed espressione. Dopo un paio di mesi e con un training serrato, ma molto efficace, Alberto aveva recuperato una buona parte del suo linguaggio e dopo 6-9 mesi la parola era fluente, certo con qualche inceppamento, ma il paziente a un osservatore medio non appariva con un linguaggio particolarmente deficitario. Certo l'inceppamento talvolta provocava ansia "per la ricerca della parola", ma questo modo di essere scemava col tempo e con la maggiore sicurezza di essere in grado di riappropriarsi delle parole. In questi casi gli esercizi logopedici sono fondamentali, ovviamente riguardo al quadro organico, ma, come sempre succede, la forte motivazione e l'obiettivo da raggiungere, se posto in termini realistici, erano il "movens" per ottenere un risultato, ovviamente senza tralasciare il danno organico non recuperabile.

I numeri: secondo l'Oms, ogni anno circa 15 milioni di persone nel mondo vanno incontro a stroke; tra queste un terzo decede e un terzo presenta disabilità permanente (Global Burden of Stroke. The Atlas of Heart Disease and Stroke. MacKay J, Mensah GA. World Health Organization). In Italia l'incidenza annuale di emorragia cerebrale si attesta sui 37 casi per 100.000. In ambito europeo il rapporto è di 33 su 100.000 (Sacco S et al. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry. Stroke. 2009;40:394-399). In alcuni paesi lo stroke emorragico è presente in 40 casi su 100.000/anno come in Cina e in 39 su 100.000 in Giappone (MMWR Morb Mortal Wkly Rep. May 18 2007;56(19):469-74).

**medico di Medicina Generale, Fimmg Milano, professore a contratto Università di Milano*

(*) *L'Esame al Letto del Malato è un test rapido e semplice, della durata di 20-30 minuti e ha lo scopo di valutare il linguaggio del soggetto con ictus in fase acuta. L'utilità consiste nell'ipotesi di prima diagnosi e in seguito nel follow-up dopo una settimana. Il test valuta il linguaggio spontaneo, quello seriale (numeri, giorni della settimana e nel corso del mese), l'espressione orale di oggetti, verbi, figure complesse, la comprensione uditiva, la ripetizione, la lettura e la scrittura, l'aprassia bucco-faciale e ideomotora.*

am
AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg
piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625
Telefax 06.54896645
Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani
e Alberto Rigattieri

Direttore
Giacomo Milillo

Direttore Responsabile
Michele Olivetti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Editore
Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Laura Berardi,
Antonio Gabriele Bonagura,
Fabio Bono, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti, Bruno Cristiano,
Maurizia Gambacorta,
Paolo Giarrusso, Ester Maragò,
Domenico Montemurro,
Stefano Attilio Nobili,
Giovanni Rodriguez,
Giulia Zonno

Ufficio grafico
Barbara Rizzuti
Daniele Lucia

Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di maggio 2013
Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a

ANES
AGENZIA NAZIONALE
PER LE ATTIVITÀ EDITORIALI

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Testata volontariamente sottoposta a
certificazione di tiratura e diffusione in
conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010
Tiratura media: 41.264
Diffusione media: 40.749
Certificato CSST n.2010-2105 del 28/02/2011
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C.Sas

Oltre 20.000
visitatori unici
giornalieri*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano **sanità.it**

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA

Qse

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

