

3-15
MENSILE
LIII ANNO

71° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG METIS
DAL 5 AL 10 OTTOBRE A CHIA LAGUNA (CA)

CENTRO STUDI FIMMG

Information Communication Technology:
il punto per la Medicina Generale pag. 12

SCIENZA

ITAHFA: usare al meglio le risorse
per la cura dell'insufficienza cardiaca pag. 24

EUFORTYN[®]
integratore alimentare

Q-TER[®], Creatina,
Ginseng[®], Vitamine*

...per **UN PIENO DI ENERGIA***
nella stanchezza fisica e mentale*

* Le vit. B₁, B₂, B₆, e PP contribuiscono al normale metabolismo energetico.
* Panax ginseng: tonico (stanchezza fisica e mentale).

La lista Fimmg trionfa nella Medicina Generale

Oliveti confermato alla presidenza dell'Enpam

FIMMG
FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA

Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

AVVENIRE MEDICO

Enpam: la democrazia e i molestatori

di Giacomo Milillo
Segretario generale
nazionale Fimmg

Le elezioni per il rinnovo delle cariche dell'Enpam alla fine si sono svolte senza problemi, nonostante i tempi ristretti che l'approvazione dello statuto e del regolamento elettorale da parte dei ministeri vigilanti hanno imposto.

L'atteggiamento di alcuni presidenti di Ordine, sempre pochi e sempre gli stessi, e di alcuni sindacati, prevalentemente uno e sempre lo stesso, che in nome della democrazia non ne accettano le regole, sembrava poter creare qualche problema al regolare svolgimento e conclusione della tornata elettorale.

I primi, il cui comportamento è paragonabile a quello di uno stalker, compensano la loro incapacità di convincere e raccogliere consenso reiterando azioni giudiziarie regolarmente respinte, sperando che qualche cavillo possa dar loro ragione almeno una volta.

I secondi, anche loro guidati dallo stesso comportamento, invocando un'unitarietà della categoria che non hanno mai saputo servire e che consiste nella pretesa adesione ai loro orientamenti, sono passati direttamente agli insulti, anche personali, reazione aggressiva proporzionale solo al loro senso di impotenza.

Tutto però alla fine è andato per il meglio, come testimonia il quasi unanime consenso, ovvero i 174 voti ottenuti da Alberto Oliveti nell'assemblea elettorale, composta dai presidenti di Ordine o loro delegati, dai presidenti CAO e dai 59 componenti eletti direttamente dagli iscritti.

Un largo consenso dovuto alla stima di cui gode la persona, indipendentemente dall'appartenenza di categoria, fondata sul suo ben operare e sulla sua capacità di individuare i punti critici della previdenza e del welfare in generale e saper indicare percorsi credibili e concreti per il loro superamento. Il resto è folclore.

EDITORIALE

Un medico per la persona, la famiglia, la società

Si terrà dal 5 al 10 ottobre prossimi, nel Complesso Chia Laguna a Domus De Maria (CA), il Congresso nazionale del nostro sindacato. Al centro i nodi della nostra società: come affrontare l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle cronicità. Problemi che possono essere affrontati solo attraverso la Medicina Generale, organizzata, attrezzata e coadiuvata da figure professionali che ad essa facciano capo e rispondano

Fin dal 2007, quando scelse come titolo del Congresso nazionale "Emergenza cronicità", l'ossimoro usato come slogan dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, FIMMG ha indicato la Medicina Generale, organizzata in aggregazioni, come cardine della cura e dell'assistenza delle malattie croniche.

Nel corso degli anni, nei vari Congressi si sono approfondite le tematiche degli strumenti innovativi a disposizione delle cure territoriali, dell'organizzazione del lavoro, della medicina di attesa e di iniziativa, dell'appropriatezza delle cure e dell'aderenza alla terapia, dell'organizzazione della professione, della prevenzione.

Oggi, più che mai, ci pare che sia impossibile, nel quadro sociale ed economico che si è andato delineando, immaginare una gestione delle malattie croniche e dell'invecchiamento della popolazione non basato sulla Medicina Generale, organizzata, attrezzata, coadiuvata da figure professionali che ad essa facciano capo e rispondano.

La Medicina Generale è in grado di proporre un nuovo e più organico modello di gestione delle patologie croniche e dell'invecchiamento della popolazione, basato sulla prevenzione capillarmente mirata, attraverso l'individuazione e l'azione personalizzata sulla popolazione a rischio.

Mentre gli screening di massa richiedono l'impiego di risorse economiche ed umane attualmente difficilmente sostenibili e allargabili, l'individuazione delle persone a

rischio, attraverso criteri di conoscenza diretta e di prossimità, rende possibili controlli mirati. La tecnologia consente di eseguire "in office" moltissime indagini, e la telemedicina rende possibile il confronto in tempo reale con centri specialistici. L'informatica aiuta la registrazione, l'aggregazione e la trasmissione dei dati, la loro fruibilità e la costituzione di archivi epidemiologici di valore inestimabile per lo sviluppo delle conoscenze mediche.



Oggi, più che mai, ci pare che sia impossibile, nel quadro sociale ed economico che si è andato delineando, immaginare una gestione delle malattie croniche e dell'invecchiamento della popolazione non basato sulla Medicina Generale, organizzata, attrezzata, coadiuvata da figure professionali che ad essa facciano capo e rispondano

La prossimità, conseguente alla disseminazione degli studi dei MMG e alla facilità di contatto col paziente, consente di praticare una medicina pro-attiva reale, con programmazione personalizzata e di garantire accessibilità per i cittadini in ogni condizione. Gli studi economici inoltre confermano che i costi delle prestazioni necessarie per diagnosi e monitoraggio diminuiscono quando queste vengono erogate nelle strutture meno complesse. Per questo il passaggio alla medicina pro-attiva per le condizioni di cronicità si rende indispensabile.

Ma non si tratta solo di malattie croniche. Tra gli obiettivi di salute che devono essere perseguiti l'invecchiamento attivo (active aging) assume un carattere prioritario in un paese che ha una tra le popolazioni più anziane del mondo. Affiancare e guidare i pazienti di tutte le età nella scelta di uno stile di vita che lo faccia vivere ed invecchiare in modo sano e regali salute e vita ai suoi anni, anche sulla base delle necessità create dalla vita moderna, diventa un importante compito della medicina. In particolare è un compito del Medico di famiglia, che nessuna altra figura professionale può svolgere, proprio per la visione olistica che inevitabilmente manca allo specialista.

Ecco allora la necessità di promuovere stili di vita appropriati, di abolizione del fumo e riduzione dell'alcool, di attività fisica, di lotta all'obesità (gli Italiani fanno parte di quel 65% di popolazione che vive in paesi dove sovrappeso e obesità uccidono più del-



la denutrizione), di mantenimento delle funzionalità che rendono gradevole l'esistenza. In breve la necessità e l'opportunità di essere il vero referente della salute del proprio assistito.

Per fare tutto ciò il MMG deve trasformarsi da Medico in Medi-ger, intendendo con ciò l'acquisizione di capacità di management, nell'ambito dell'atti-

vità, delle forme organizzative della professione, e anche di gestione integrata delle patologie e della prevenzione. Il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina proattiva implica un cambio di marcia, un diverso modo di operare che potrà rendere nel tempo più operativo, più proficuo e meno gravoso il lavoro.

Per partecipare al Congresso

Segreteria Organizzativa Fimmg/Metis

Piazza Marconi, 25

00144 Roma

Tel. 0654896627

Fax 0654896266

e-mail: congresso@fimmg.org

Una "sanatoria" per riconoscere la qualificazione ai medici che hanno lavorato nel settore delle cure palliative

Pubblichiamo volentieri questa segnalazione della collega Bacchini, che riguarda un settore nel quale la Medicina Generale dovrà sempre più attivarsi e rendersi protagonista. Ci auguriamo che i colleghi che hanno già fatto esperienza nel campo delle cure palliative non perdano la possibilità di trasformare il loro lavoro sul campo in un "titolo", utile per il futuro.
Walter Marrocco

È stato pubblicato, sulla Gazzetta Ufficiale n. 150 del 1° luglio 2015, il decreto del 4 giugno 2015 del ministero della Salute su *Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425.*

Il decreto prevede che possano presentare la domanda per la certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative anche i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella prevista dal decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013, i quali, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013 n. 147, erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate. Ma in fase di prima applicazione del decreto possono chiedere la certificazione anche i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accREDITAMENTO istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente. Per ottenere il rilascio della certificazione i medici devono quindi provare di aver svolto, alla data di entrata in vigore della L. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso queste strutture. L'istanza va presentata alla regione di riferimento territoriale della struttura pubblica o privata accreditata presso la quale presta servizio entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

L'istanza deve essere corredata dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura in cui il medico prestava servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 o dalla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà. L'esperienza professionale dovrà poi essere attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico abbia svolto l'attività.

Ovviamente, possono richiedere la certificazione anche i MMG che abbiano i requisiti.

Lorenza Bacchini

La lista Fimmg conquista il 74% nella Medicina Generale

La lista AttiviAMO la Medicina Generale - Fimmg per l'Enpam ha largamente prevalso nella elezione dei rappresentanti della categoria. Quasi 20 mila votanti, il doppio rispetto alla precedente tornata elettorale

Il nuovo Statuto Enpam, approvato lo scorso anno, introduce una grande novità negli organismi di direzione politica dell'Ente: il vecchio Consiglio nazionale, nel quale sedevano solo i presidenti degli Omceo provinciali, si è trasformato in una Assemblea nazionale, alla quale partecipano anche 59 rappresentanti delle diverse categorie professionali, ciascuna in misura proporzionale alla propria "forza" contributiva. Per la Medicina Generale, che è la categoria maggiormente rappresentata, siederanno in Consiglio 26 esponenti. Per alcuni sindacati minoritari, il momento elettorale dell'istituto di previdenza voleva essere la "verifica" della rappresentatività delle diverse sigle. E, al di là dei loro desiderata, così è stato: la lista presentata dalla Fimmg, AttiviAMO la Medicina Generale - Fimmg per l'Enpam, ha infatti ottenuto un grande risultato, oltre il 74% della categoria, confer-

mandosi di gran lunga come il sindacato più rappresentativo della Medicina Generale. Per la pediatria (Categoria B) la Fimmg ha ottenuto il 71%. Per la specialistica ambulatoriale (Categoria C) c'era una lista unica del Sumai-Assoprof e anche per la libera professione (Categoria E) c'era una lista unica guidata dall'Andi. Per quanto riguarda la dipendenza (Categoria F) la vittoria è andata alla Lista guidata da Anaa e Cimo con il 69%. Alle urne, aperte nella giornata del 7 giugno, sono andati 19.422 iscritti all'ente previdenziale, circa il doppio rispetto alle ele-

zioni di cinque anni fa.

Dopo l'individuazione degli 11 rappresentanti delle Commissioni Albo Odontoiatri (anche questa una novità introdotta con il nuovo Statuto), l'Assemblea nazionale Enpam si è riunita per la prima volta lo scorso 27 giugno per eleggere la presidenza e il nuovo Consiglio di Amministrazione.

Confermato alla presidenza, con 164 voti su 174, Alberto Oliveti, medico di famiglia e a lungo dirigente del nostro sindacato, mentre vicepresidenti saranno Giampiero Malagnino e Roberto Lala. Entrano nel CdA dell'Ente: Giacomo Milillo, Stefano Falcinelli, Anna Maria Calcagni, Luigi Galvano, Eliano Mariotti, Giuseppe Renzo, Giampietro Chiamenti, Gianfranco Prada, Riccardo Cassi e Costantino Troise.

Oliveti: "Le elezioni hanno garantito pluralismo, rappresentanza di genere"

La nuova Assemblea nazionale Enpam, che sostituisce il presidente Consiglio nazionale lo ha confermato alla guida della Fondazione. "Ora l'Ente deve impegnarsi nella sanità territoriale, un terreno importante per i giovani professionisti e una priorità per il Paese"

di Eva Antoniotti

Lo scorso 7 giugno si è votato per il rinnovo delle rappresentanze Enpam. In realtà è stato qualcosa di più di un semplice rinnovo perché, per la prima volta, si è utilizzato il nuovo Statuto che trasforma il Consiglio nazionale del-

l'Ente, composto dai presidenti dei 106 Ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri, in Assemblea nazionale, nella quale accanto ai presidenti Omceo siederanno 11 rappresentanti delle Commissioni degli Albi degli odontoiatri e 59 rappresentanti delle diverse



Alberto Oliveti

categorie professionali. Proprio sulla rappresentanza delle categorie professionali, con liste legate ai sindacati di categoria, si è sviluppata

I Rappresentanti della Consulta della Medicina Generale

Vito Albano (Abruzzo), Raffaele Tataranno (Basilicata), Roberto Tata (Provincia autonoma di Bolzano), Vincenzo Larussa (Calabria), Francesco Benevento (Campania), Gian Galeazzo Pascucci (Emilia Romagna), Khalid Kussini (Friuli Venezia Giulia), Francesco Carrano (Lazio), Francesco Prete (Liguria), Ugo Giovanni Tamborini (Lombardia), Enea Spinozzi (Marche), Giuseppe De Gregorio (Molise), Giovanni Panero (Piemonte), Donato Monopoli (Puglia), Antonio Nicola Desole (Sardegna), Luigi Spicola (Sicilia), Mauro Ucci (Toscana), Franco Cappelletti (Provincia Autonoma Di Trento), Leandro Pesca (Umbria), Roberto Rosset (Valle D'Aosta), Lorenzo Adami (Veneto)

Gli eletti per la Medicina Generale nell'Assemblea nazionale Enpam

Adele Bartolucci
Antonella Ferrara
Ivana Garione
Tatiana Giuliano
Antonietta Livatino
Mirene Anna Luciani
Tommasa Maio
Caterina Pizzutelli
Celeste Russo
Bruna Stocchiero
Nazzareno Salvatore Brissa
Sandro Campanelli
Angelo Castaldo
Egidio Giordano
Domenico Roberto Grimaldi
Fabio Maria Vespa
Luca Milano
Sabatino Orsini Federici

Romano Paduano
Daniele Ponti
Fabio Rizzo
Salvatore Scotto Di Fasano
Giovanni Sportelli
Andrea Stimamiglio
Nunzio Venturella
Giuseppe Lai Paolo

Supplenti

Claudio Casaroli
Marco Grandi
Emanuele Malusa
Maurizio Pirro
Ciccarella Vincenzo
Palma Carmela Arezio
Luigi Rubino

democrazia, e di generazioni”

una polemica che ha trovato eco in diversi interventi pubblicati nei giorni scorsi da QS. Ma il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti, è invece soddisfatto dei risultati dell'election day.

Presidente Oliveti, come commenta questa tornata elettorale?

Avevamo quattro obiettivi, democrazia, genere, generazione e pluralità, e li abbiamo raggiunti tutti. Il primo era una crescita della democrazia, cioè della partecipazione, e i partecipanti al voto sono quasi raddoppiati rispetto alla volta scorsa. Il secondo era un riequilibrio nella rappresentanza di genere e abbiamo ottenuto un risultato superiore alla soglia stabilita del

20%: nella quota di rappresentanza professionale, infatti, le donne sono 17, ovvero circa il 30%. Un passo in avanti importante verso "l'indifferenza di genere" che vorremmo ottenere e che è cosa ben diversa dall'indifferenza al genere. Volevamo anche avere un maggiore equilibrio tra le generazioni, terzo obiettivo, e l'età media degli eletti è in effetti scesa, passando da 63 a 56 anni. Infine, abbiamo ottenuto una maggiore pluralità, accogliendo nell'organismo politico dell'Ente rappresentanze di tutte le categorie professionali.

Ma in ciascuna categoria sono risultati eletti i rappresentanti di una sola lista e questo non è molto pluralista.

Non dimentichiamo che lo scopo è avere un organismo in grado di orientare efficacemente le scelte necessarie a garantire le pensioni dei medici, cioè capace di decidere. Personalmente, ho sperato che fosse possibile arrivare a liste di categoria condivise tra le diverse sigle sindacali, ma ha prevalso la voglia di "contarsi". Forse al prossimo rinnovo, quando il sistema sarà stato sperimentato, si potrà arrivare a questo risultato. **Secondo il presidente dell'Ordine di Milano, che ha presentato un esposto al Tar, poi respinto, le elezioni avrebbero dovuto tenersi con tempi più lunghi. Perché invece avete avuto tanta fretta?**

Volevamo arrivare alla scadenza della attuale consiliatura, alla fine del mese di giugno, avendo già definito il nuovo organismo, per evitare pericolose "vacanze" che avrebbero potuto, in qualcuno, suscitare la tentazione di affidare l'Ente ad un Commissario ad acta. D'altra parte il nuovo Statuto era pronto da quasi un anno, in attesa del via libera dei ministeri vigilanti, e tutto si è svolto secondo le regole, come dimostra il respingimento del Tar all'esposto di Milano.

In questi cinque anni avete realizzato tre riforme, previdenza, investimenti e Statuto. È cambiato anche il vostro modo di intervenire nel mondo medico?

Vogliamo tutelare sempre di più il lavoro e i lavoratori, perché solo così potremo garantire davvero, con l'apporto dei contributi previdenziali, il nostro obiettivo principale, ovvero le pensioni dei medici. Per garantire il lavoro stiamo progettando e realizzando investimenti in diversi settori: la ricerca, ma anche lo sviluppo dell'assistenza residenziale e domiciliare che è insieme una richiesta della società e un'opportunità di lavoro per i giovani medici. Dall'altra parte stiamo lavorando a forme di tutela, ad

esempio per proteggere i liberi professionisti in caso di malattia, ma anche per affrontare il problema della responsabilità civile.

Sono scelte legate alla maggiore presenza di medici di famiglia e liberi professionisti nella rappresentanza Enpam?

Questa rappresentanza corrisponde esattamente ai flussi contributivi che entrano nelle casse dell'Ente. E credo sia doveroso che l'Ente si impegni nella sanità territoriale che è un terreno essenziale per il sistema sanitario di questo Paese, che chiede risposte e interventi sui quali siamo già in forte ritardo. Lo ripeto: è una richiesta della società e allo stesso tempo un'opportunità per i giovani medici.

Quando si insedierà la nuova Assemblea nazionale Enpam?

Dopo l'indicazione da parte della CAO nazionale dei suoi 11 rappresentanti nell'Assemblea, il prossimo 27 giugno si riunirà per l'ultima volta il Consiglio nazionale Enpam, che avrà così completato il suo mandato vagliando il Bilancio consuntivo 2014. Poi, nel pomeriggio dello stesso giorno, si terrà la prima riunione della nuova Assemblea nazionale, che dovrà procedere alle nomine del presidente, dei due vicepresidenti, dei 10 membri del Cda e del Collegio dei sindaci.

Ancora una domanda, inevitabile quando si parla col presidente dell'Ente di previdenza. Le pensioni dei medici sono al sicuro?

Rispondo con i numeri. Cinque anni fa il patrimonio dell'Ente era di circa 10 miliardi, oggi, e non è certo un momento facile, è salito a 16,2 miliardi. E mentre cinque anni fa le garanzie di sostenibilità nel pagamento delle pensioni erano in prospettiva di 12 anni più 9 attraverso il patrimonio, oggi i nostri studi ci dicono che possiamo garantire le erogazioni per 50 anni, a cui se ne aggiungono 13 con i beni patrimoniali. Mi sembra un buon risultato.



lo posso

*essere certo che
l'impegno di Mylan per
la qualità è costante*

lo posso...

perché

Mylan sottopone ogni fase produttiva dei propri farmaci a **rigorosi controlli di qualità**, dal principio attivo e gli eccipienti utilizzati, fino al prodotto finito e all'imballaggio, indipendentemente dal sito di produzione.

In Italia, **Mylan** è la prima realtà commerciale ad aver ottenuto nel gennaio 2013 da AIFA l'**autorizzazione GMP** (*Good Manufacturing Practices*) come sito di rilascio lotti sul mercato. Un'importante garanzia di qualità riconosciuta dall'autorità competente.

Visitate: Mylan.it

Eamon

Ricercatore Mylan

**La nostra
Mylan è
la vostra
Mylan.**

 **Mylan**

Seeing
is believing

Un convegno a Roma mette a confronto rappresentanti della Fimmg e delle istituzioni

Irap: la soluzione può venire dalla delega fiscale

Sosteniamo da sempre che questa imposta non possa essere applicata al medico di Medicina Generale, per il quale le spese per lo studio non portano incremento dei guadagni ma solo miglioramento del servizio. Eppure finora l'applicazione dell'imposta e l'esito dei conseguenti ricorsi è sempre stata legata alle, variabili, decisioni dei giudici. Ma ora l'intervento legislativo potrebbe chiarire definitivamente il problema

L'Irap, Imposta Regionale sulle Attività Produttive, è entrata nel suo 18° anno, essendo stata creata nel 1997, e nel primo trimestre del 2015 ha fornito un gettito di oltre 3mila milioni di euro.

Una fonte non irrilevante per i bilanci pubblici e una norma fiscale ormai consolidata nel tempo. Eppure intorno a questa imposta continua ad esserci incertezza nell'applicazione e, conseguentemente, una gran mole di ricorsi da parte di chi ritiene di non essere tenuto al pagamento. L'8 febbraio del 2007 si è persino arrivati a un Irap Day, ovvero ad una giornata in cui le Sezioni della Cassazione riunite hanno esaminato 80 ricorsi tutti relativi all'assoggettamento ad Irap dei lavoratori autonomi. Le sentenze emesse sono, da quel momento, un riferimento obbligato nell'applicazione della norma e nella risposta ai ricorsi che ne derivano. In estrema sintesi, i principi indicati dalla Cassazione sono stati: l'applicazione non automatica della norma a tutti i lavoratori autonomi, ma la verifica di volta in volta delle effettive modalità di svolgimento della professione; l'applicabilità dell'imposta solo nel caso in cui il professionista sia il responsabile dell'organizzazione e non sia inserito in strutture organizzate ri-

feribili ad altrui responsabilità ed interessi e quando l'attività professionale sia svolta con l'utilizzo di fattori idonei ad accrescere la produttività.

Al di là di valutazioni di ordine generale (c'è anche chi ha rimarcato che l'Irap sarebbe incostituzionale), Fimmg da tempo sostiene che questa norma non debba essere applicata ai medici di Medicina Generale per l'attività convenzionata con il Ssn. L'attività del medico nel suo studio, infatti, è regolata da quanto previsto nell'Acn e retribuita secondo parametri definiti. In sostanza, le spese rivolte ad accrescere i fattori produttivi non migliorano la redditività del lavoro, ma soltanto il servizio reso ai cittadini. E questo, sebbene alcune sentenze lo contraddicano, vale anche per l'utilizzo del personale di studio, la cui presenza rende più efficiente il lavoro del medico, ma non ne incrementa il valore economico, ovvero la retribuzione. Ma questa verità lampante non ha impedito situazioni controverse e ricorsi non accolti, costringendo i colleghi al pagamento dell'imposta.

Ora però si può sperare che arrivi una definitiva soluzione normativa, che superi i problemi interpretativi. Infatti, la delega al Governo per la riforma fiscale prevede anche la definizione di criteri oggettivi per

definire il concetto di "autonoma organizzazione" del lavoro, criteri che dovrebbero seguire il più ampio orientamento giurisprudenziale che non sottopone all'imposta i medici di Medicina Generale.

In vista di questo, lo scorso 16 giugno, Fimmg ha organizzato a Roma un dibattito pubblico, moderato dal condirettore di Italia Oggi Marino Longoni, e al quale hanno partecipato Giacomo Milillo, segretario nazionale Fimmg, Carmine Scavone, responsabile dell'area strategica della tutela fiscale della Fimmg nazionale, Dario Festa, Direttore Tributario presso l'Agenzia delle Entrate, Gianfranco Ferranti, Dirigente del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Mario Cicala, Presidente della Corte di Cassazione per la V sezione-tributaria), Enrico Zanetti, sottosegretario di Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze.



#SiamoGiàSpeciali

Una giovane collega, formatasi in un Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, esprime le sue perplessità sulla scuola di specialità in medicina di comunità e cure primarie che dovrebbe prendere il via nel prossimo anno accademico

di Paola Pedrini*

Nella recente riorganizzazione delle scuole di specializzazione mediche per l'anno accademico 2015/2016, è stata riconosciuta la scuola di specialità in medicina di comunità e cure primarie. Già a febbraio di quest'anno i giovani medici hanno fatto sentire il proprio dissenso verso tale iniziativa, ma ora che ne conosco il Profilo di approfondimento e gli Obiettivi formativi sono ancora più perplessa circa il ruolo di questa scuola. Innanzitutto il suddetto corso di specializzazione viene incluso nell'ambito delle scuole di specializzazione d'area clinica e non nell'area dei servizi, particolare non da poco se si considera che oggi in Italia già esiste il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e di cui questa scuola parrebbe a primo impatto essere una copia a livello universitario.

Da tempo chiediamo la valorizzazione della Formazione in Medicina Generale ma intesa come implementazione dell'attuale CFSMG, che a mio parere fa già un ottimo lavoro nel formare i futuri medici del territorio. Di certo non avevamo bisogno dell'intervento delle Università.

La scuola in questione presenta obiettivi formativi lungimiranti per una Riforma Sanitaria che ancora non c'è, di cui non si conosce ancora la reale applicazione nell'ambito delle Cure Primarie. E allora con quale razionale l'Università pensa di poter insegnare

la futura Medicina del territorio quando non conosce neanche quella attuale? Proprio l'Università ancora oggi non parla ai propri studenti del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e sappiamo bene che spesso veniamo considerati medici di serie B per aver "abbandonato" l'ambiente ospedaliero/universitario. E ora, con l'istituzione di una Scuola di Specializzazione universitaria in Cure Primarie, noi diplomati in Medicina Generale come verremo classificati rispetto a questi colleghi? Medici di serie C?

Le Cure Primarie appartengono ai medici del territorio e sono loro a dover passare il testimone ai giovani medici di medicina generale, non si può parlare di medicina del futuro senza conoscere la medicina del passato, non ci si può improvvisare esperti in medicina del territorio solo per cogliere un'opportunità proposta dal particolare mo-

mento di riforma che sta vivendo il Servizio sanitario nazionale.

L'università ha sempre avuto poco a che fare con le Cure Primarie. Ma ora che la Riforma Sanitaria punta a spostare l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio, l'Università si scopre interessata e non vuole farsi sfuggire l'occasione di entrare anche in questo settore, che assumerà un ruolo fondamentale nel SSN.

Inoltre ad oggi la creazione di una scuola di specialità in Cure Primarie prevede la formazione di futuri medici di medicina generale disoccupati, che non potranno accedere alle graduatorie regionali, dato che l'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale è conditio sine qua non. E allora dobbiamo aspettarci che in futuro verrà equiparata al CFSMG? E i due posti dedicati in tutta Italia che ruolo avrebbero nei maxi pensionamenti previsti nei prossimi anni?

Mi sembra uno spreco di risorse pubbliche,

che potrebbero essere meglio investite nell'implementazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, i cui costi sono nettamente inferiori rispetto alle scuole di specializzazione universitarie e che peraltro attualmente prevede un numero di borse di studio insufficiente a ricoprire il ricambio generazionale che avverrà nei prossimi anni. E allora, colleghi, mi sento di ribadire che #SiamoGiàSpeciali!

**giovane medico orgogliosamente neformato dal CFSMG*



Indagine del Centro Studi Fimmg

Information Communication Technology: il punto per la Medicina Generale

di Paolo Misericordia

Il Centro Studi della Fimmg partecipa da qualche anno all'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità coordinato dalla School of Management del Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano.

In questa occasione sono state presentate alcune ricerche che hanno coinvolto diversi attori del mondo sanitario ed un campione rappresentativo della popolazione.

Il Centro Studi della Fimmg ha partecipato con una sua indagine condotta su un campione di 752 MMG, alla quale ha collaborato, per l'elaborazione statistica dei dati, Doxa Pharma.

La survey è stata realizzata nel mese di aprile 2015 attraverso il lancio di un questionario (metodologia CAWI) ai medici iscritti alla Fimmg, raccogliendo 752 interviste complete. Per garantire la rappresentatività del campione, è stata applicata una ponderazione post-stratificazione per riportare i risultati ottenuti all'universo dei MMG.

Nella Tab. I è riportata la suddivisione del campione dei MMG per modalità di attività professionale.

milioni di euro (il maggiore aumento della spesa, rispetto al 2014, è previsto a carico dei MMG del sud-isole).

Servizi on line: i più usati sono le consultazioni dei referti

I risultati evidenziano come l'uso dei servizi riconducibili all'ICT in Medicina Generale sia da considerare oramai caratteristica strutturale della professione.

Risulta fenomeno consolidato la consultazione online di referti diagnostici di laboratorio, di referti specialistici e di referti di diagnostica per immagini; queste risorse vengono utilizzate frequentemente rispettivamente dal 31%, dal 22% e dal 20% del campione, e occasionalmente dal 24% e dal 21% e 16%. Meno usata è la consultazione online dei referti del pronto soccorso (frequentemente dal 19% e occasionalmente dal 5%) e la consultazione online delle lettere di dimissione (frequentemente dal 18% e occasionalmente dall'8%). Per tutti questi servizi è particolarmente alta la quota di coloro che, pur non utilizzandoli attualmente,

dichiarano interesse a poterlo fare (39% per la diagnostica di laboratorio, 51% per i referti specialistici, 57% per la diagnostica per immagini, 66% per i referti di pronto soccorso e 67% per le lettere di dimissione) (Fig. 1 pag. 18).

Coloro che utilizzano le suddette modalità di consultazione manifestano per queste un deciso apprezzamento: in una scala da 1 a 10 esprimono una valutazione media di 7,4 rispetto alla consultazione dei referti di laboratorio, 7,1 per le lettere di dimissione, 7,0 sia per la diagnostica per immagini che per i verbali di pronto soccorso, 6,7 per la consultazione dei referti specialistici.

Poco utilizzate dai MMG sono invece altre opportunità che la tecnoassistenza potrebbe mettere a disposizione: solo il 2% del campione dichiara di utilizzare la televisita, il 6% il teleconsulto con lo specialista, sempre il 6% altre modalità fornite dai sistemi di telemedicina (telefermatrice, telemonitoraggio, ...). Anche in questo caso appaiono alte le quote di medici che, pur non usando questi tre servizi, dichiarano comunque inte-

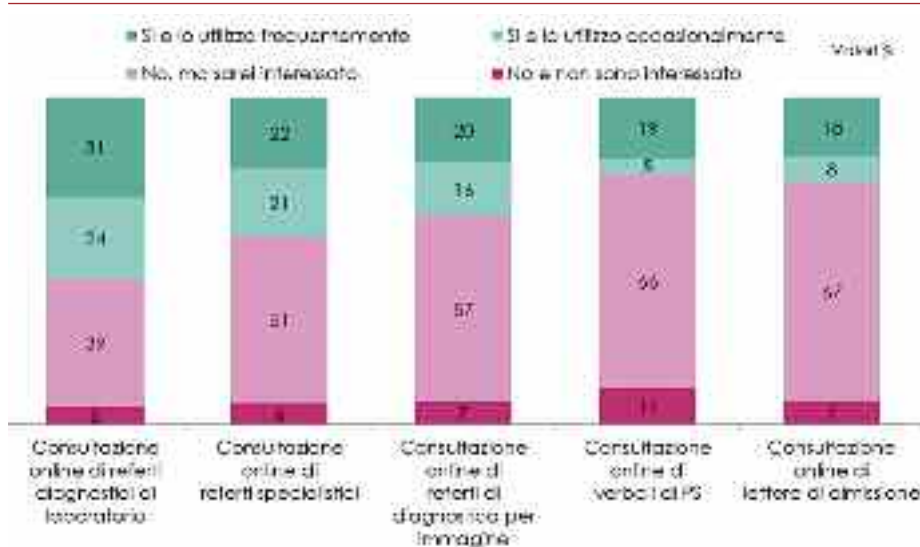
Quanto spendono i medici in ICT

I MMG dichiarano di investire in ICT (Information Communication Technology) in modo stabilmente progressivo in questi anni: riportando i dati del campione ad una dimensione nazionale, emerge come i MMG italiani hanno speso in ICT 68 milioni di euro nel 2014 e la somma che prevedono di spendere nel 2015 supera i 72

Tabella 1 - Attività professionale

Rete	35%
Gruppo	33%
Studio singolo	12%
Associazione semplice	6%
Aggregazione Funzionale Territoriale	5%
Lavoro come Continuità assistenziale e/o sostituto di assistenza primaria	5%
Casa della Salute	2%
Altro	2%

Figura 1 - Frequenza di utilizzazione di alcuni servizi nell'ultimo anno



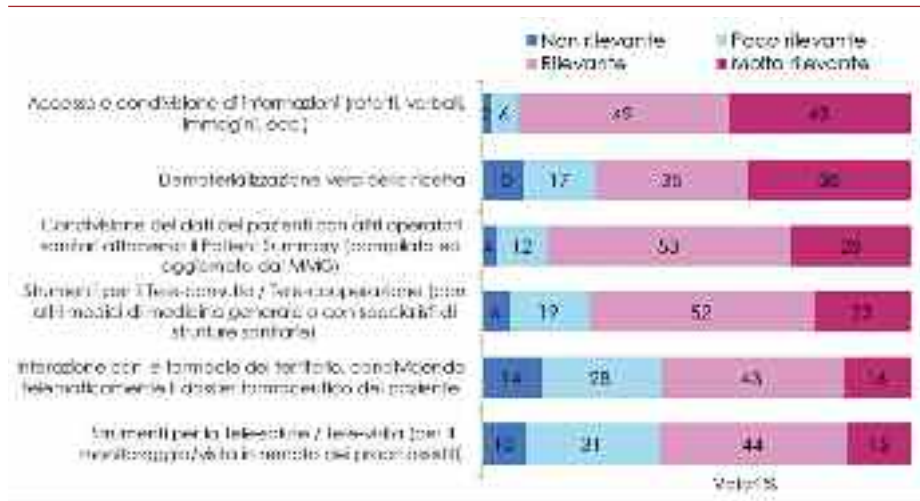
resse e disponibilità per un futuro utilizzo: rispettivamente il 50%, il 75% e il 67% del campione.

La scheda clinica informatizzata

Attraverso il questionario i medici si sono anche espressi in merito all'utilità della scheda clinica informatizzata nel proprio ambulatorio: l'88% esprime accordo con un voto da 7 a 10 (scala da 1 a 10; con valutazione media di 8,6) all'affermazione secondo cui l'aggiornamento della scheda clinico-assistenziale ambulatoriale è molto utile "soprattutto per la mia consultazione, e la agguirno ed utilizzo secondo mie personali modalità"; "soprattutto per condividere le informazioni assistenziali dei pazienti con i miei sostituti" riscontra l'accordo del 77% dei medici (voto da 7 a 10, con una valutazione media di 7,8); il 66% esprime un voto da 7 a 10 sull'affermazione che l'aggiornamento della scheda sia utile "per le attività di valutazione (self-audit) e rendicontazione della mia attività, funzionale agli accordi che possono essere realizzati con la Regione o con la ASL" (valutazione media 7,1).

Giudizi sulla rilevanza professionale sono stati espressi anche in riferimento ad altre opportunità che possono essere rese disponibili dai sistemi ICT applicati alla professione. Sono giudicati rilevanti o molto rilevanti: l'accesso e la condivisione delle informazioni sanitarie (referti, verbali, immagini ...) dal 92% degli intervistati, la dematerializzazione vera della ricetta dall'83%, la condivisione dei dati dei pazienti con altri operatori sanitari attraverso il Patient Summary (compilato ed aggiornato dal MMG) dall'85%, l'uti-

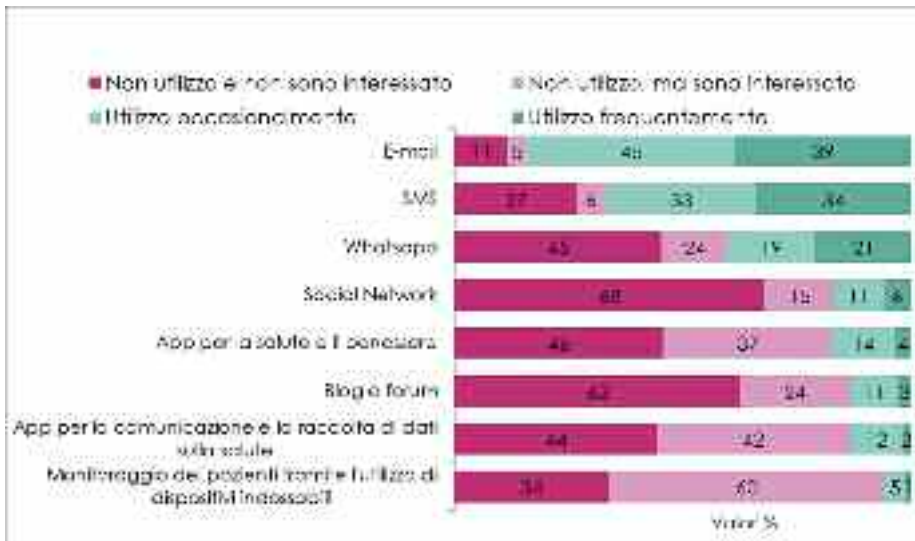
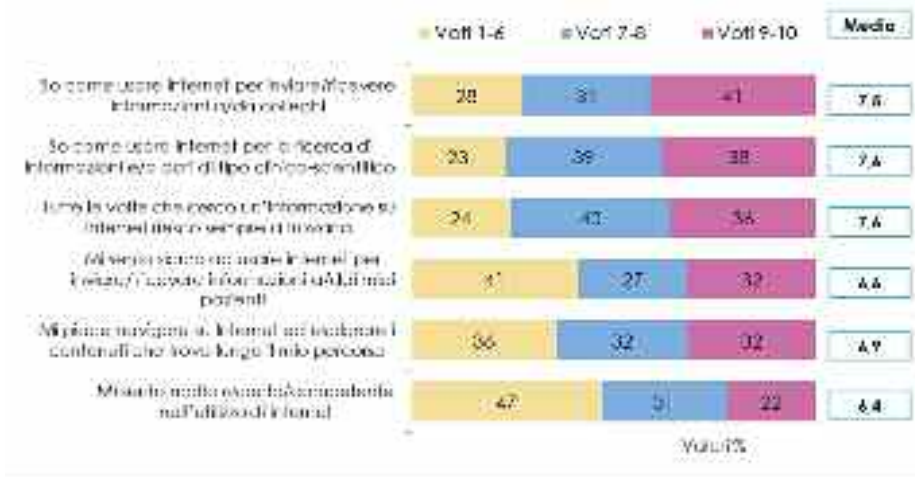
Figura 2 - Giudizio sulla rilevanza di possibili operatività in Medicina



lizzazione di strumenti per il Tele-consulto/Tele-cooperazione (con altri MMG o con specialisti di strutture sanitarie) dal 75%, l'interazione con le farmacie del territorio per condividere telematicamente il dossier farmaceutico del paziente dal 59%, l'uso di strumenti per la Tele-salute/Tele-visita (per il monitoraggio/visita in remoto dei propri assistiti) dal 59% del campione (Fig 2).

I nuovi canali digitali vengono utilizzati dai MMG per comunicare con i propri pazienti

sempre più spesso: molti utilizzano l'email (frequentemente il 39% e occasionalmente il 46%) e gli SMS (frequentemente il 34% e occasionalmente il 33%). Anche il livello di utilizzo e di interesse di canali innovativi, come Whatsapp, è rilevante (il 21% dei MMG lo utilizza frequentemente e il 19% occasionalmente e, comunque, il 14% è interessato a farlo), mentre i Social Network e i Blog/Forum non rappresentano ad oggi il canale privilegiato: rispettivamente il 68% e il 63% e dei MMG dichiara di non utiliz-

Figura 3 - Strumenti utilizzati per l'interazione con i pazienti

Figura 4 - Competenze dei medici sull'utilizzo di Internet. Valutazioni espresse in accordo alle seguenti affermazioni (1 "Per nulla d'accordo" e 10 "Molto d'accordo")


zarli e di non essere interessato a farlo in futuro (Fig. 3).

Ma i MMG sanno usare Internet?

È stata esplorata anche la percezione da parte dei medici relativamente alle proprie competenze nell'uso delle diverse funzioni di Internet. All'affermazione "So come usare Internet per inviare/ricevere informazioni da/a colleghi", in una scala da 1 a 10 dove 1 indica "Per nulla d'accordo" e 10 "Molto

d'accordo", il 72% dei medici ha espresso una valutazione con voti da 7 a 10 (media 7,5); lo stesso voto da 7 a 10 ha espresso il 77% del campione rispetto all'affermazione "So come usare Internet per la ricerca di informazioni di tipo clinico-scientifico" (media 7,6). Meno sicuri delle proprie competenze appaiono i medici quando si tratta di ricevere o inviare informazioni ai o dai propri pazienti: il 41% esprime una valutazione con voti da 1 a 6. Sono il 47% i medici che dicono di essere poco d'accordo

(voti da 1 a 6) sull'affermazione di essere molto esperti / competenti nell'uso di Internet (Fig. 4).

Conclusioni

I risultati dell'indagine sembrano essere in linea con quanto già riportato in precedenti analoghe osservazioni: l'utilizzo delle risorse ICT è da considerare fenomeno sufficientemente consolidato nella Medicina Generale italiana.

Tra queste utilities la scheda informatizzata ambulatoriale costituisce la risorsa maggiormente sfruttata ed apprezzata in quanto efficace strumento per consultare i dati assistenziali dei pazienti e per condividere informazioni con altri colleghi associati.

La condivisione in rete dei dati sanitari tra i diversi livelli assistenziali è considerata dai medici non solo una opportunità, ma anche una esigenza, che dovrebbe essere declinata attraverso tutte le modalità offerte dalla tecnologia: consultazione di database di refertazione diagnostica, teleconsulto e telecooperazione, interazione con i sistemi ospedalieri e delle farmacie territoriali.

È interessante notare come stiano emergendo le nuove modalità di comunicazione con il paziente: l'email e gli SMS sembrano essere diventati strumenti utilizzati con consuetudine.

Come in altre occasioni è stato possibile evidenziare l'interesse e la disponibilità riferita dai medici anche per l'adozione di sistemi più evoluti di tecnoassistenza, manifestando i medici consapevolezza su quanto tali sistemi potrebbero risultare rilevanti. D'altronde la scarsa diffusione con cui queste risorse sono attualmente utilizzate, indica, evidentemente, un difetto sulla loro accessibilità e la necessità quindi di impegnarsi per risolvere i problemi in quella direzione.

Riflessioni sulla nuova Nota 79

di **Walter Marrocco**
Responsabile Scientifico Fimmg

La nuova Nota 79 arriva dopo una “lunga gestazione”, dovuta ad un grosso lavoro di analisi della letteratura e delle esperienze sin qui maturate sia in ambito specialistico che della Medicina Generale.

Pur essendo considerato il testo precedente come un ottimo esempio, probabilmente il migliore a livello europeo, di supporto alla gestione della terapia di una patologia così articolata e complessa che non può essere affrontata se non con una sensibilità clinica tipica della Medicina Generale, si sono però create, nel tempo, le condizioni per un suo rinnovamento.

Il nuovo testo si propone in un Box sintetico completato da una ricca ed esplicita didascalia e in un algoritmo, che riprende gli stessi contenuti con una veste grafica di immediata e facile lettura.

Molto chiara appare la scelta di approcciare alla terapia dell'Osteoporosi in un percorso di Prevenzione Secondaria e Primaria, entrambe gestite in una gradualità di livello sia di valutazione diagnostica che di conseguenti scelte terapeutiche che, ritengo, la Medicina Generale troverà adeguatamente congeniali alle proprie modalità di gestione di quel paziente, già gravato da fratture osteoporotiche o con un importante grado di rischio di sviluppare fratture etiologicamente correlate.

Sesso maschile e terapia antiosteoporotica

Altro elemento, che pone definitivamente fine ad assurde controversie tra prescrittori ed Aziende Sanitarie, è la chiara citazione del sesso maschile: in Prevenzione Secondaria (a tutti i livelli), e in Prevenzione Primaria per soggetti di età ≥ 50 anni a rischio elevato di frattura a causa di almeno una delle condizioni specificamente elencate. Analoga condizione per le Donne in stato di menopausa, a prescindere dall'età.

Sempre in Prevenzione secondaria viene citata con chiarezza la condizione di Trattamento in corso di blocco ormonale adiuvante in donne con carcinoma mammario o uomini con carcinoma prostatico.

In Prevenzione Primaria, le condizioni di comorbidità a rischio di frattura (artrite reumatoide o altre connettiviti, già presenti nel testo della precedente Nota) vengono ampliate con altre condizioni: diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia infiammatoria cronica intestinale, AIDS, Parkinson, sclerosi multipla, grave disabilità motoria. In tal modo si dà ancor più rilievo all'approccio clinico dell'Osteoporosi.

Tecnica DXA

L'importanza della valutazione densitometrica, fatta a livello di colonna lombare e/o femore con tecnica DXA, viene enfatizzata sia in prevenzione primaria che secondaria e posta come uno degli strumenti che il clinico potrà usare nelle scelte di intervento terapeutico, ma solo se realizzata presso strutture pubbliche o convenzionate con il SSN. L'indagine DXA non dovrà per essere effettuata “ad libitum”, ma secondo quanto previsto dalle corrispondenti LLGG e dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Durata della Terapia e del PT (lì dove previsto)

Per quanto riguarda la durata ottimale del trattamento con bisfosfonati per l'osteoporosi, questa non è stata ancora stabilita. La necessità di un trattamento continuativo deve essere rivalutata periodicamente in ogni singolo paziente in funzione dei benefici e rischi potenziali della terapia con bisfosfonati, in particolare dopo 5 o più anni d'uso.

La durata del Piano Terapeutico per il Denosumab, però, potrà essere di 12 mesi, mentre per il Terapartide sarà di 6 mesi, replicabile sino ad un massimo di 24 mesi.

Passaggio di terapia tra una molecola e l'altra (classi diverse)

Il passaggio dalla prima scelta del trattamento alla successiva richiede la valutazione clinica di: presenza di intolleranza, incapacità di assunzione corretta, effetti collaterali o controindicazioni al farmaco della classe precedente o, nel caso del teriparatide, la fine del periodo di trattamento massimo consentito. Si potrà poi valutare la modifica della scelta terapeutica anche in caso di frattura osteoporotica vertebrale o di femore nonostante trattamenti praticati per almeno un anno con i farmaci della classe precedente.

Stili di Vita

Notevole importanza viene riservata agli Stili di Vita, primi fra tutti: un adeguato esercizio fisico, la sospensione del fumo e la eliminazione di condizioni ambientali ed individuali favorevoli ai traumi; così come la garanzia di un adeguato apporto di calcio e vitamina D, ricorrendo, ove dieta ed esposizione solari siano inadeguati, a supplementi con sali di calcio e vitamina D3 (e non ai suoi metaboliti idrossilati). Su questi elementi la Medicina Generale deve svolgere un ruolo ancora inespresso, nonostante su questi temi ci sia, al suo interno, un forte dibattito culturale e un notevole impegno formativo.

Infine, proprio per le caratteristiche della patologia osteoporotica e per l'approccio eminentemente clinico alla stessa, che chiaramente emerge dalla nuova stesura della Nota, ritengo che il ruolo della Medicina Generale possa essere di particolare importanza e ulteriormente valorizzato, anche tramite l'affidamento, comunque condiviso anche con gli specialisti, della compilazione dei Piani Terapeutici di alcune molecole, come previsto nel Progetto AIFA su Medicina Generale e Piani Terapeutici.

Nel stesso tempo, merita una particolare attenzione lo strumento DeFRA, elaborato dalla SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie Metaboliche dello Scheletro) e dalla SIR (Soc. It. di Reumatologia), che è strutturato in modo simile al percorso logico presente nell'algoritmo “gestionale” della nuova Nota, ma che necessita, a nostro avviso, della valutazione di alcune criticità, prima fra tutte una verifica dell'applicabilità nella pratica clinica di tali algoritmi matematici informatizzati.

Canada: programma per rafforzare la salute mentale degli studenti delle scuole pubbliche

Peter H. Silverstone, professore del dipartimento di psichiatria dell'Università di Alberta, è il creatore di un programma pilota iniziato nel 2013 nelle scuole pubbliche di Red Deer, cittadina canadese nel territorio dell'Alberta, per contribuire a diminuire le forme ansiose, depressive e i suicidi giovanili. I risultati del programma confermano il suo successo. "Abbiamo avuto una diminuzione significativa nel pensiero suicida – dice Silverstone – così come per l'ansia e la depressione e questo si è verificato in ogni scuola di ogni ordine e grado". Il programma è iniziato nel 2013, con una semplice telefonata, dopo che il telegiornale locale aveva parlato di diversi casi di suicidio tra gli adolescenti di Red Deer. Silverstone ha quindi chiamato gli amministratori della scuola per descrivere il progetto che aveva in mente al fine di attuare interventi per ridurre tendenza al suicidio, depressione e ansia negli adolescenti. La conversazione ha portato rapidamente all'inizio di uno studio pilota che coinvolge a oggi tutti gli studenti alle scuole pubbliche di Red Deer fra le età di 11 e 18 anni. All'inizio dell'anno scolastico, più di 3.000 studenti dei vari gradi scolastici sono stati sottoposti a screening riguardanti problemi di salute mentale. Dopo lo screening si

è intervenuti nel quattro per cento dei giovani, identificati come a rischio per suicidio e autolesionismo. È stato quindi offerto loro un programma via Internet per aiutarli a prendere coscienza della loro situazione. Dopo aver preso parte al programma, i giovani erano rivalutati e, se necessario, inviati dal loro GP o dallo specialista. Inoltre, sono stati offerti anche un programma di resilienza (capacità di far fronte in maniera positiva a eventi traumatici o di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà) di 16 settimane per costruire la loro capacità di interagire con altri giovani e a ge-

stire lo stress quotidiano. Dopo 12 settimane, il programma ha visto diminuzioni significative nelle forme depressive e suicidarie. Il numero di studenti con tendenze suicide è sceso da 125 a 30. Nel complesso, i punteggi riguardanti la depressione sono scesi del 15% e quelli riguardanti l'ansia dell'11%. Lo screening ha inoltre intercettato soggetti insospettabili per problemi di salute mentale. L'aver imparato i metodi di resilienza ha avuto poi un impatto positivo sulla vita quotidiana degli studenti e sulla capacità di affrontare problemi.

P. H. Silverstone et al. Plos One, 2015;10 (5).



Il microendoscopio portatile potrebbe eliminare le biopsie inutili

In uno studio clinico condotto negli USA e in Cina, i ricercatori hanno scoperto che l'utilizzo di un microendoscopio a basso costo, portatile, alimentato a batteria, sviluppato dai bioingegneri della Rice University di Houston (RUH), Texas, potrebbe eliminare la necessità di costose biopsie per molti pazienti sottoposti a endoscopia biptica nello screening del cancro esofageo. Lo studio clinico ha coinvolto 147 pazienti statunitensi e cinesi, in fase di screening per il tumore esofageo a cellule squamose, al fine di valutare, attraverso l'uso del microendoscopio, l'eventuale riduzione del numero di biopsie post endoscopia tradizionale. Nello studio, tutti i 147 pazienti con sospette lesioni esofagee sono stati esaminati con un endoscopio tradizionale e col microendoscopio approntato dalla RUH, che utilizza un cavo di fi-

bra ottica di 1 mm; l'immagine viene trasmessa a un PC, attraverso un microscopio a fluorescenza, in modo da fornire immagini con risoluzione simile all'istologia tradizionale, con una visione estremamente nitida di cellule e nuclei. Secondo lo studio, l'esame istopatologico da biopsia ha rivelato che il 58% dei risultati era negativo per lesioni precancerose o cancerose. I ricercatori hanno concluso, quindi, che la microendoscopia avrebbe risparmiato un alto numero di biopsie, considerate, a ragione, inutili e avrebbe fatto risparmiare molte risorse in situazioni dove i costi vivi degli esami istopatologici superano spesso i costi dell'endoscopia. Da ultimo, l'uso del microendoscopio richiede una veloce formazione dei medici.

M-A Protano et al, Gastroenterology, 2015.



Lo afferma una ricerca della John Hopkins University di Baltimora, Maryland. Ad esempio, abbiamo osservato l'azzurro, il cobalto e il blu oltremare. Il cervello umano è sì sensibile alle differenze tra queste tonalità, ma quando questi colori sono memorizzati, ricordiamo semplicemente il "blu". La stessa cosa vale per le tonalità di verde, rosa, viola, ecc.

Quello che sembra una differenza nella memorizzazione di alcuni colori è in realtà il risultato della tendenza del cervello a classificare i colori stessi. I ricercatori

hanno chiesto ad alcuni soggetti di osservare un cerchio colorato composto da 180 diverse tonalità di colore. Veniva mostrato in seguito un quadrato colorato per un decimo di secondo. Tutti i soggetti erano invitati a ricordare il colore del quadrato, in base alla ruota dei colori con le 180 tonalità. Quando si tentava di abbinare le sfumature, tutti i soggetti ricordavano i colori base. Secondo i ricercatori, "l'individuo può differenziare milioni di colori, ma per memorizzare tali informazioni, il nostro cervello ricorda il colore base. Questo non perché il cervello 'non ha abbastanza spazio' per ricordare i milioni di scelte, ma perché la mente tenta di conciliare tali dettagli precisi con categorie più limitate".

Gi-Yeul Bae et al. J of Experimental Psychology, 2015.

Vediamo milioni di sfumature di colore, ma il nostro cervello ricorda i colori base



I risultati favorevoli di una partita di calcio rendono felici i tifosi per non più di 2 ore dopo l'evento

Gli psicologi dell'Università tedesca di Costanza hanno stabilito che i risultati favorevoli delle partite di calcio possono aumentare l'immediato senso di benessere per gli spettatori, ma non per lungo tempo. Attraverso un'applicazione per smartphone, il Dr. Stefan Stieger e il suo team di scienziati sono stati in

grado di dimostrare che i risultati finali delle partite di calcio hanno un effetto più breve e meno intenso rispetto a quanto si pensava. Ai partecipanti allo studio era chiesto più volte al giorno che tipo di feeling provassero prima di una partita di calcio nella quale giocava la squadra del cuore (in questo caso la na-

zionale tedesca). Gli effetti erano ovviamente maggiori quando la squadra vinceva, ma questo maggiore senso di benessere durava tra i 100 e 150 minuti dopo la partita. La mattina dopo la vittoria, il senso di benessere era calato del 23 per cento rispetto al giorno precedente. Secondo

Stieger, "il grande vantaggio dello studio è stato quello di utilizzare un'applicazione per Smartphone in modo da fornire una risposta immediata tale da eliminare le risposte non spontanee".

S. Stieger et al, Frontiers in Psychology, 2015; 6.



Scoperti due nuovi gruppi di virus

Bunyavirus include, per esempio, il virus della febbre della Rift Valley, che può causare gravi malattie febbrili. Nel 2011, il virus di Schmallenberg ha guadagnato molta attenzione e anche una parte di Bunyavirus trasmessi da zanzare, ha causato gravi malformazioni fetali nei ruminanti tra cui le pecore della regione del Sauerland tedesco. Perché la maggior parte dei Bunyavirus è trasmessa da insetti succhiatori di sangue, il Dr. Junglen dell'Università di Bonn ha catturato più di 7500 zanzare, ordinate secondo specie e sito di cattura in 432 gruppi omogenei. In 26 di questi, i ricercatori hanno scoperto 2 tipi di Bunyavirus sconosciuti, i virus Jonchet e Giuliana, da quali hanno rico-

struito la sequenza dell'intero genoma. Quanto sono pericolosi i due nuovi gruppi di virus, facilmente trasmissibili agli esseri umani e agli animali? Per rispondere a queste domande, gli scienziati hanno eseguito prove di infezione in un gran numero di colture di cellule a diversi livelli di temperatura. Mentre i Bunyavirus patogeni possono moltiplicarsi a temperature che includono quella del corpo umano, la crescita dei virus Jonchet e Giuliana cessa a temperature superiori ai 32 gradi Celsius e ciò rende improbabile che i virus infettino gli esseri umani o altri vertebrati.

S. Junglen et al. Proceedings of the National Academy of Sciences, June 2015.



I ricercatori dell'Università di Bonn hanno scoperto due nuovi gruppi di virus nella foresta tropicale della Costa d'Avorio appartenenti alla famiglia dei Bunyavirus. In precedenza erano noti solo cinque gruppi respon-

sabili di gravi malattie negli esseri umani, negli animali e nei vegetali. I primi virus di questa famiglia sono stati scoperti in un luogo conosciuto come Bunyamwera in Uganda, da cui deriva il loro nome. Il più noto dei

Il manifesto ITAHFA

Usare al meglio le risorse per la cura dell'insufficienza cardiaca

Nasce l'ITALian Heart Failure Association, una casa comune per tutti coloro che riconoscono l'urgenza socio-sanitaria della pandemia da Insufficienza Cardiaca e ne vogliono affrontare i problemi per garantire le cure migliori ai pazienti

Consiglio Direttivo ITAHFA*

Sul finire del 2014, un piccolo gruppo di selezionati medici Cardiologi, di specialisti di Medicina Interna con impronta multidisciplinare e di Medici di Medicina Generale, si sono riuniti a Firenze per dare vita ad una nuova Associazione che avesse come missione lo studio dell'insufficienza cardiaca ed il miglioramento della cura e dell'assistenza in questa malattia. Quale la ragione di un'iniziativa che potrebbe apparire superflua in ragione del numero di società scientifiche che già dichiarano uno specifico interesse in questo campo? La risposta emerge dalla persistenza dell'insufficienza cardiaca come causa principale di morbilità e di mortalità nell'ambito delle malattie cardiovascolari. Ciò nonostante l'impressionante progresso conseguito nel trattamento di questa sindrome a partire dagli anni Ottanta. La ragione di questa situazione è correlata a diverse componenti cliniche della sindrome da insufficienza cardiaca che, nel tempo, si sono dimostrate elementi causali e concausali della sua pandemia. Una prima componente è legata proprio all'esito delle cure impiegate nel trattamento di questa condizione clinica. Esse si sono dimostrate efficaci per limitarne temporaneamente la progressione ma, quasi mai, sono state in grado di ristabilire il completo recupero funzionale del cuore, mantenendo in situ le condizioni



che, nel tempo, riportano alla comparsa ed alla progressione dello scompenso di circolo. In questo contesto, un secondo fattore epidemiologico si è rivelato cruciale: l'invecchiamento.

Invecchiamento e patologia cardiaca

Proprio il progressivo invecchiamento della popolazione nelle società avanzate, in combinazione con i miglioramenti nella medicina moderna, ha creato un nuovo problema di salute pubblica, quello della co-morbilità, una condizione di poli-patologia che coesiste con la malattia primaria cronicizzata. Nel paziente con scompenso cardiaco, l'onere delle co-morbilità è particolarmente elevato: oltre il 40% dei pazienti che ne soffrono associa cinque o più patologie croniche. Le co-morbilità possono variare dal semplice fattore di rischio per una determinata condizione clinica che comporti la progressione della disfunzione cardiaca, sino ad essere fattore scatenante per lo scompenso acuto. Di fatti, solo un terzo dei pazienti, che correntemente accedono ai Dipartimenti di Emergenza per scompenso cardiaco acuto, manifesta un quadro cardiologico isolato, mentre i restanti due terzi associano altre componenti cliniche di diverso peso e gravità in ogni specifico caso. La presenza di co-morbilità, in particolare delle condizioni non cardiovascolari, è stata associata ad una maggiore utilizzazione delle risorse di assistenza e cura, ma i risultati per i pazienti si sono rivelati modesti, morbilità e mortalità sono in aumento e non basta. La presenza combinata dell'insufficienza cardiaca cronica con altre condizioni cliniche complesse genera una spesa in continua crescita per la richiesta di visite mediche, di ricoveri ospedalieri e di cure intensive. Il tutto determina costi che possono pesare il doppio rispetto a quelli richiesti per altre condizioni croniche; inoltre, è presente una brusca accelerazione della spesa sanitaria proprio nelle fasi terminali della malattia. Tutto questo può metterne in discussione la sostenibilità dei costi a lungo termine, anche per i sistemi sanitari più ricchi. Per ridurre al minimo l'impatto negativo che le co-morbilità hanno sugli esiti dei pazienti, sempre più sarà necessario rivolgere un'adeguata attenzione all'individuazione di ogni particolare condizione associata, alle priorità di ge-

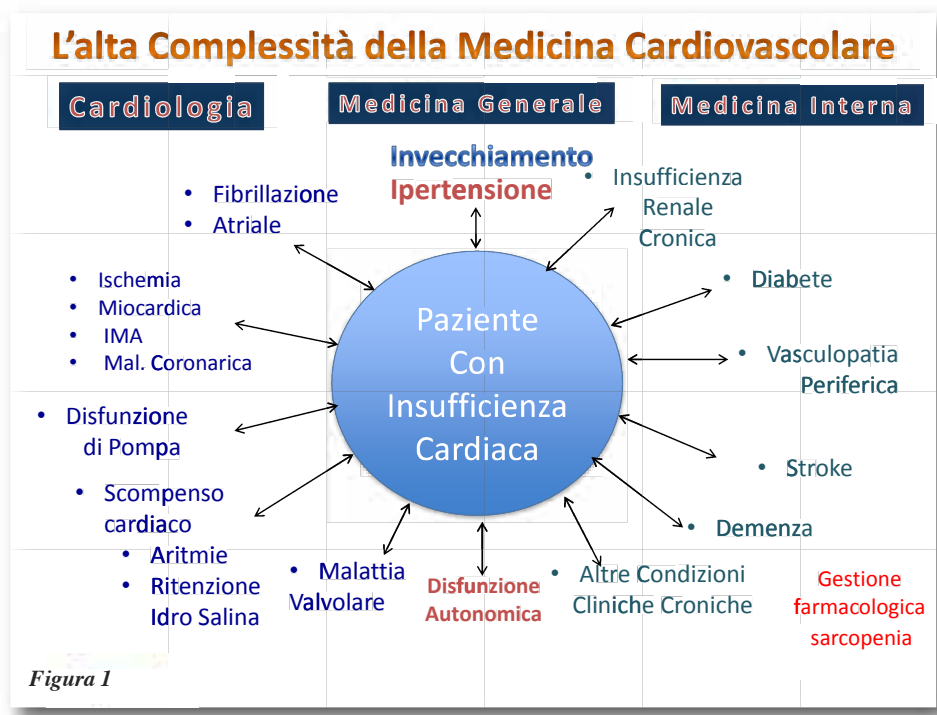
stione che essa comporta riducendo, quanto possibile, la complessità dovuta al ricorso alle politerapie, non trascurando di migliorare il coordinamento tra l'erogazione delle cure e la loro applicazione.

Perché è nata ITAHFA

Le caratteristiche delle condizioni cliniche cardiologiche e non cardiologiche, che si possono assommare nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica, sono illustrate in modo schematico nella figura 1. La figura consente di apprezzare la somma di competenze che debbono concorrere al trattamento del paziente per la gestione della complessità medica presente. È sulla base della complessità del quadro clinico dello scompenso e delle conseguenti implicazioni sanitarie, sociali ed economiche che il gruppo di medici riuniti a Firenze ha deciso di fondare ITAHFA (ITALian Heart Failure Association), con l'obiettivo di unificare lo sforzo tra le molteplici competenze dei clinici e dei ricercatori coinvolti a cui va aggiunto l'apporto professionale delle indispensabili figure tecnico-infermieristiche per affrontare l'insieme di questa grave condizione clinica. In base a questi principi, ITAHFA è stata costituita con lo scopo di garantire al paziente:

- la ricerca di risorse per una migliore prevenzione mediante la messa in atto di opportune strategie preventive;
- la pronta attuazione della conoscenza medica allo stato dell'arte per la tempestiva diagnosi e terapia;
- la messa in campo delle diverse competenze opportune per combattere i molteplici fronti del problema;
- la disponibilità di percorsi di cura che garantiscano continuità assistenziale dall'ospedale al territorio e viceversa in ogni fase del decorso;
- l'educazione più completa per lo stesso paziente e per i familiari, per la migliore gestione della salute.

L'obiettivo prioritario è, dunque, quello di ottimizzare l'impiego delle risorse per garantire qualità e sostenibilità della cura dell'insufficienza cardiaca nella popolazione italiana. L'Associazione è fondata sull'assunzione che efficacia e sostenibilità delle cure non siano scindibili e che, per questo, le cure erogate e rimborsate debbano essere basate su dati di esito documentati e verificati anche nel mondo reale. Per questo, ITAHFA promuoverà in modo specifico il trattamento della malattia affinché esso avvenga attraverso la puntuale applicazione delle linee guida internazionali e con l'adozione di registri de-



dicati all'analisi di esito nelle sottopopolazioni che hanno maggiore impatto sulla gestione delle risorse. Grazie all'adozione di questi strumenti, l'Associazione intende proporsi come soggetto qualificato per formulare appropriate istanze a livello politico ed istituzionale affinché l'erogazione dei servizi di assistenza e cura sia garantita con livelli e contenuti adeguati ed appropriati, eliminando ogni barriera interposta alle esigenze del paziente. Nell'ottica di garantire i necessari standard assistenziali, l'Associazione intende promuovere, in ogni fase, l'appropriato livello di educazione e di formazione del personale medico e tecnico-infermieristico, non che il riconoscimento formale della dovuta qualifica di competenza quale componente non surrogabile dell'assistenza e cura in questo settore. Compito dell'Associazione sarà, perciò, anche quello di identificare e sviluppare le risorse necessarie a sostenere questo vitale impegno educativo. Lo sforzo è cruciale poiché, sebbene gran parte dell'assistenza e cura richiesta dai pazienti con insufficienza cardiaca sia erogata dai medici di Medicina Generale, della Medicina Interna e dalla Cardiologia del territorio, costoro faranno riferimento allo Specialista dello scorporo per indirizzare

i propri pazienti a costose cure di alta specialità come l'impianto di device cardiaci o il trapianto. Questo impegno, pur necessario, non potrà bastare per implementare un'adeguata strategia di gestione e di contenimento della pandemia.

Il ruolo della Medicina Generale

L'insufficienza cardiaca è una condizione clinica che riguarda, nelle varie forme, circa il 3% della popolazione generale. Ne consegue che il numero di Specialisti, necessari per assistere e curare in modo dedicato questo enorme numero di pazienti, non sarebbe mai sufficiente. Nella gran parte dei casi, almeno per quelli più diffusi e meno problematici, le cure adeguate possono essere fornite dal Medico di Medicina Generale (MMG). In merito, è fondamentale che questa figura di sanitario abbia accesso ad un percorso educativo che gli consenta di acquisire la necessaria competenza ed esperienza nella gestione dei problemi presenti nei pazienti con insufficienza cardiaca. Nella missione di ITAFHA, è espressamente presente l'obiettivo di diffondere, in modo qualificato, le linee guida generate dalle società scientifiche e di seguirne

l'aggiornamento presso la Medicina Generale. La collaborazione con il MMG è, infatti, l'indispensabile premessa per l'implementazione della buona pratica clinica (*good clinical practice*), anche al fine di rimuovere i possibili ostacoli che si possono interporre per la sua corretta implementazione. Parte integrante dei processi che garantiscono la qualità delle cure è certamente basata sulla ricerca clinica. Proprio per questo, ITAHFA si vuole dotare dei necessari strumenti amministrativi e finanziari per costituirsi come solido soggetto promotore di progetti di ricerca nei settori nevralgici della cura dello scorporo, con particolare riferimento alle terapie che possano dimostrare di ridurre la sofferenza dei malati ed il consumo di risorse ospedaliere. Al fine di consentire gli approfondimenti e le riflessioni necessari a coprire la vastità e complessità dei problemi indicati, ITAHFA organizzerà annualmente un congresso dedicato alle problematiche dell'insufficienza cardiaca che potranno essere approfondite con iniziative locali su tematiche specifiche in base alle esigenze che emergeranno. ITAHFA si presenta nel mondo della Sanità italiana ed europea come la casa comune per tutti coloro che riconoscono l'urgenza socio-sanitaria della pandemia da Insufficienza Cardiaca e ne vogliono affrontare i problemi per garantire le cure migliori ai pazienti un impegno sostenibile, alla Società per l'assistenza e cura dei malati e la crescita professionale adeguata per se stessi.



L'insufficienza cardiaca è una condizione clinica che riguarda, nelle varie forme, circa il 3% della popolazione generale. Di conseguenza il numero di Specialisti, necessari per assistere e curare in modo dedicato questo enorme numero di pazienti, non sarebbe mai sufficiente

**Gian Franco Gensini, Giuseppe Rosano, Francesco Rossi, Walter Marrocco, Alessandro Mugelli, Edoardo Gronda, Augusto Zaninelli, Carlo Nozzoli, Maurizio Volterrani, Massimo Fini*

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
Fiorenzo Corti
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
Gennaro Barbieri,
Lucia Conti,
Luciano Fassari,
Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Paolo Misericordia,
Stefano A. Nobili,
Giovanni Rodriguez,
Carmine Scavone

Ufficio grafico
Daniele Lucia

Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di giugno 2015

Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 euro

Editore

Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Il rimedio celere ai disturbi della regione anale



Gel a base di acido ialuronico con estratti naturali per favorire la cicatrizzazione, lenire e lubrificare la cute e la mucosa della regione anale.

Tutto questo è **CELEVIS** Gel

NATHURA.COM



NATHURA®

LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

Oltre 40.000
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

