



**Medicina,
Social Network
e Smart Media:
come sta cambiando
il nostro mondo**



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

AVVENIRE MEDICO

**OFFRIAMO
AD OGNI
DIABETICO
IL MEZZO
PIÙ SICURO
PER VIAGGIARE
ENTRO I LIMITI.**

Diabetologia: una delle aree d'eccellenza di Abiogen Pharma. Il nostro portafoglio prodotti include molecole di fondamentale importanza nella cura del diabete. Mettiamo la nostra competenza e il nostro impegno al servizio dei medici e dei loro pazienti affinché possano usufruire di strumenti efficaci e affidabili per tenere sotto controllo una malattia che interessa più di tre milioni di persone nel nostro Paese.



Fimmg in stato di agitazione contro le Regioni inadempienti

di Giacomo Milillo
Segretario nazionale Fimmg

Lo scorso 8 febbraio il Consiglio nazionale della Fimmg ha dichiarato lo stato di agitazione nei confronti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per denunciare le gravi inadempienze della stessa nei confronti della Medicina generale. I fatti sono noti: la legge 189/2012, nota anche come “decreto Balduzzi”, nel ridisegno dell’area delle Cure primarie, il nuovo ruolo della Medicina generale nel Ssn fosse accolto in una nuova Convenzione, da stipulare entro l’11 maggio 2013.

È passato quasi un anno e non solo la Conferenza delle Regioni non si è attivata per adempiere questo obbligo, ma a tutt’oggi il Comitato di Settore non ha ancora approvato l’atto di indirizzo necessario all’avvio delle trattative.

La generale situazione di difficoltà economica non ha niente a che vedere con questo grave ritardo, era infatti chiaramente stabilito che il rinnovo dovesse realizzarsi in costanza di risorse. Piuttosto, la realtà di crisi del Paese, consiglierebbe una rapida riorganizzazione dell’assistenza primaria, capace di dare risposte più efficaci alla popolazione attraverso un uso più razionale delle risorse.

Ma l’atteggiamento dei “governi” regionali sembra invece quello di un immobilismo, che si conferma nel rifiuto, ormai triennale, delle Regioni di definire il Patto della Salute con tutti i Governi che si sono succeduti.

Una scelta politico-amministrativa che chiaramente costituisce un grave pregiudizio alla tutela della salute prevista dall’art. 32 della Costituzione.

Per questo la Fimmg ha dichiarato lo stato di agitazione e si riserva di mettere in atto ogni legittima forma di protesta.

La scomparsa di Michele Olivetti

Avvenire Medico perde il suo direttore

di Eva Antoniotti

Il 14 gennaio scorso a Buriasso, piccolo centro vicino Torino, Michele Olivetti è morto dopo una lunga malattia vissuta con la lucidità e la forza che hanno contraddistinto la sua vita. Aveva guidato questo giornale per più di quarant'anni, con una passione che non si era attenuata nel tempo, pur dovendosi confrontare coi molti cambiamenti politici e tecnologici.

Dalla stagione pionieristica degli anni '70, con la tipografia a Modena e le bozze corrette sul lettino dello studio con la "sua" straordinaria Margherita, Michele ha governato le diverse stagioni di questo giornale, guidandolo da bollettino, a tabloid, a magazine senza perdere di vista l'obiettivo: offrire ai medici di famiglia italiani uno strumento capace di dare informazione e di potenziare le loro conoscenze, sotto il profilo sindacale, politico e scientifico. Senza cedere alle mode, conservando il suo stile "all'antica", Michele era continuamente impegnato a scrutare verso il futuro, per capire in quale direzione si muovesse il mondo e, nel mondo, la Medicina Generale.

Anche in quest'ultimo periodo, quando la malattia lo ha costretto a limitare i suoi spostamenti, non ha mai mancato un appuntamento per la stesura del "timone" e per la verifica di ciò che era stato pubblicato. Preciso, puntuale, armato di penna e taccuino (che usati bene sono più efficaci di mille smartphone di ultima generazione), ha continuato a svolgere il suo lavoro di direttore con quella testardaggine piemontese che era sua.



Michele Olivetti

Nasce a Torino il 15 maggio 1932. Laureato in Medicina e chirurgia nel 1957; si specializza in Endocrinologia nel 1960 e ne consegue la libera docenza nel 1970.

Nel 1964 si iscrive alla Fimmg di Torino, della quale è vicesegretario dal 1966 al 1995.

Dal 1971 al 1989 è Segretario regionale della Fimmg Piemonte.

Dal 1968 al 2006 fa parte della Segreteria nazionale Fimmg.

Dal 1989 al 2003 è eletto al Comitato centrale del sindacato.

Dal 1970 è Direttore responsabile di Avvenire Medico.

Dal 1982 al 1994 è vicepresidente della Simg, della cui rivista è Direttore responsabile dal 1983 al 1988.

Nel 1980 è consigliere comunale a Buriasso (Torino)

Nel 1988 è consigliere regionale in Piemonte.

Dal 1994 al 1999 è presidente dell'Ordine dei Medici di Torino

Nel 2006, da gennaio a giugno, è vicepresidente Fnomceo.

Lavorare con lui per oltre dieci anni è stata una fortuna; poter raccogliere qualche misurata confidenza un vero privilegio; ricevere i suoi insegnamenti, anche bruschi, una straordinaria possibilità di imparare.

L'ultimo insegnamento di Michele Olivetti

"Testimonio e partecipo

i principi di riferimento a cui mi sono sempre ispirato.

La conoscenza della verità è il bene assoluto a cui tendere.

Confortati da questa conoscenza è possibile realizzare

la giustizia.

Solo affermando la giustizia confortati dalla conoscenza della verità, si può essere uomini veramente liberi.

Dalla Verità alla Giustizia alla Libertà".

Michele Olivetti

(dalla "Manifestazione di commiato", agosto 2013)

La Fimmg dice addio al suo professore

Poche parole commosse per salutare Michele Olivetti. Un amico che deve certamente essere ricordato fra coloro che, per la caratura della loro personalità, hanno dato più lustro alla Fimmg e alla Categoria anche in Europa. Un amico che ci ha insegnato molto, sempre chiaro, sincero e co-

raggiato. Per ricordarlo non trovo modo migliore che riportare una parte della sua "manifestazione di commiato" lucidamente stilata ad agosto 2013, nella quale ha espresso con chiarezza i valori cui si è sempre ispirato.

Giacomo Milillo

Michele Olivetti: un grande uomo un grande direttore

di Paolo Giarrusso

La prima volta che conobbi il nome di Michele Olivetti ero appena laureato e non avendo ancora chiaro che futuro avrebbe preso il mio destino professionale mi informavo dirattamente alle fonti (colleghi, sindacati, riviste etc) sui futuri sbocchi professionali. E così quasi per caso fra un'anticamera e l'altra mi imbattei in un numero di *Avvenire Medico*: una rivista completamente differente di quelle che avevo sotto mano in ambiente universitario. Si parlava di professione, di sistema sanitario nazionale, di previdenza e fisco argomenti del tutto estranei alla cultura di un giovane laureato, argomenti di cui però comprendevo l'importanza per il mio futuro di uomo e di medico, il Direttore di quella rivista era il Prof. Michele Olivetti. In quel periodo l'informatica era ancora ai primordi e sicuramente non c'era la diffusione comune /internet, posta elettronica, tablet, etc) come adesso, le notizie viaggiavano solo su carta o per conoscenza personale, la possibilità di ricevere costantemente informazioni su questi temi mi spinse ad iscrivermi alla nostra organizzazione professionale proprio per poter avere notizie di prima mano e per poter capire dove andava il futuro della professione.

Molti anni dopo in una pausa di un Con-

gresso Nazionale seduto a parte mentre fumava il suo immancabile sigaro vidi Michele Olivetti, mi avvicinai timoroso ed emozionato, mi presentai e dandogli del lei gli raccontai come e in che modo aveva inciso sulla mia attività professionale e che il giornale da lui diretto aveva avuto il merito di avvicinare tanti "giovani medici" al sindacato. Cordialmente e con la sua gentilezza tipicamente piemontese mi ringraziò per i complimenti e per le confidenze rivelate. Ci rivedemmo più volte nei congressi nazionali e sempre si ricordava di me e di quella discussione che c'era stata.

La mia frequentazione con Michele divenne sempre più frequente dopo che venni cooptato nella redazione di *Avvenire Medico*, una frequentazione che divenne sempre più intensa al punto che approfittavamo degli intervalli o delle pause e delle attese in aeroporto per raccontarmi confidenze personali e fatti ed aneddoti della sua lunga carriera di medico, di giornalista e di sindacalista.

Quando nel 2010 la FIMMG volle festeggiare nel corso del 65 Congresso Nazionale l'eccezionale longevità di Michele Olivetti alla guida di *Avvenire Medico* mi assunsi ben volentieri l'onere di relazionare su i suoi 40 anni come direttore. All'inizio pensavo che sarebbe

stato un compito facile e semplice; via via che raccoglievo i dati e le copie storiche della rivista mi accorsi che invece stavo preparando una relazione su un protagonista che allo stesso tempo è stato artefice e testimone, della recente storia della sanità italiana, di quei cambiamenti che hanno inciso e che incidono nella vita di tanti medici ma soprattutto dei cittadini del nostro Paese. Di un grande Direttore che ha trasformato un semplice bollettino di categoria in una rivista di opinione, una delle poche che è rimasta indipendente anche i in questi ultimi anni caratterizzati da una gravissima crisi dell'editoria nazionale. Un Direttore che è riuscito ad aumentare la tiratura da poche migliaia a 40.000 copie nel 2010 con punte anche di 60.000 in caso di eventi eccezionali, divenendo la rivista più letta dai vari decisori politico-amministrativo sanitari regionali e nazionali. Michele Olivetti, con il suo costante e continuo lavoro, in definitiva, non solo ha permesso la crescita della nostra rivista ma ha anche contribuito a cambiare la medicina generale nel nostro Paese facendo sì che la medicina generale, al di là delle varie declinazioni regionali, oggi rappresenta uno dei pochi momenti unificanti della sanità pubblica del nostro Paese.

Organizzazione del tirocinio specifico in MG: realtà regionali a confronto

a cura di Giuseppe Andrisani *

Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG), istituito e normato dal D.Lgs 368/99 e successive modifiche, portato da biennale a triennale nel 2003, consente di conseguire il diploma necessario per l'esercizio della Medicina Generale, con un rapporto di lavoro stabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

L'organizzazione del Corso nelle sue articolazioni regionali è conforme alle normative europee. È stato posto inoltre a livello europeo l'obiettivo di perseguire l'armonizzazione della didattica attraverso la redazione di un importantissimo manuale formativo, l'Educational Agenda, realizzato da EURACT, la rete pedagogica europea dell'associazione mondiale della medicina generale (WONCA).

I contenuti del CFSMG tendono sempre più ad abbandonare la suddivisione per materie, facendo sempre maggior riferimento alle competenze da acquisire e padroneggiare alla fine del corso. Per quanto riguarda l'organizzazione delle attività didattiche, il monte ore totale è ripartito per 2/3 in attività didattiche di natura pratica e per 1/3 in attività teoriche: il monte ore dell'attività pratica è, quindi, di almeno 3.200 ore e quello delle attività teoriche di almeno 1.600 ore, per un totale di 4.800 ore complessive. Il triennio è inoltre suddiviso in moduli ben determinati secondo specifiche aree di riferimento, quali la Medicina clinica e di laboratorio, la Chirurgia Generale, l'area Materno Infantile, le attività presso strutture territoriali, l'Ostetricia e Ginecologia, l'area di Pronto Soccorso ed Emergenza Urgenza, e le attività presso il medico di Medicina Generale.



Nuova forza nelle nuove generazioni di mmg

Gli spunti di riflessione che ci vengono dai giovani colleghi della formazione soddisfano le aspettative nei loro confronti, riferibili all'interesse e alla responsabilità mostrati nei confronti della propria scelta professionale.

L'entusiasmo e la ricerca degli strumenti che diano maggior dignità e autorevolezza alla Medicina Generale appartengono da sempre alla vision della Fimmg ed è positivo che ritrovino nuova forza nelle nuove generazioni. Prendere un problema, porlo sotto la lente di ingrandimento, co-

noscerlo in tutti gli aspetti significa affrontare e non subire la propria condizione; se poi a questo si aggiunge la volontà di proporre soluzioni che tengano conto dell'interesse superiore di tutti oltre che del singolo: allora si sta facendo sindacato, o meglio si fa la politica della professione, o meglio si fa la Fimmg.

Silvestro Scotti

Segretario nazionale del Settore Continuità Assistenziale e Medici in formazione

Poli didattici della formazione in Medicina Generale



Fimmg formazione 2013

La titolarità conferita a regioni e province autonome nell'ambito della formazione determina una disomogeneità sul territorio dell'organizzazione didattica, sempre nel rispetto dello schema generale precedentemente citato. Ogni regione organizza uno o più poli didattici in cui il medico in formazione può dedicarsi alle attività pratiche e teoriche.

La distribuzione dei poli didattici e la scelta delle strutture ospitanti (asl, aziende ospedaliere o in rari casi ordini dei medici) appare arbitraria e non legata alla popolosità regionale; né vi è una variabilità in dipen-



denza della residenza dei corsisti. Eppure, oculature scelte in questo campo possono influenzare strategicamente il radicamento del futuro MMG sul territorio e hanno, nel caso soprattutto del polo unico regionale, una sicura ricaduta economica a carico del corsista per le spese di viaggio o per l'affitto di un abitazione più prossima rispetto alla sede di riferimento.

Tra le diversità maggiormente significative nell'ambito dell'organizzazione delle attività pratiche, si riscontra sicuramente la frequenza delle attività presso il medico di Medicina Generale. A tal proposito i complessivi dodici mesi di frequenza prevista risultano variamente distribuiti all'interno del triennio, variando da frequenze annuali continuative, a frequenze frazionate in semestri, quadrimestri, trimestri o settimanal-

mente.

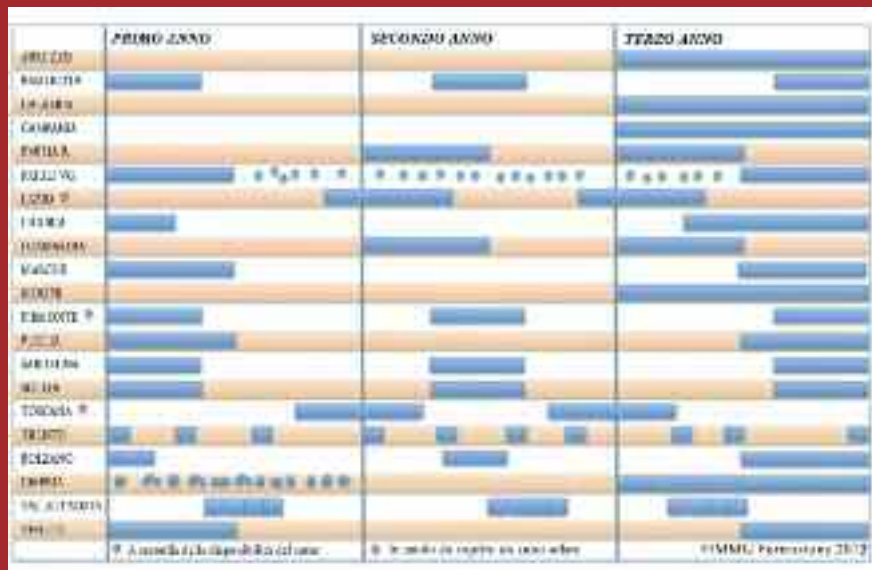
Le differenze, come si evidenzia nella figura, si articolano per diversità di durata e per la differente distribuzione all'interno del triennio tra il primo, il secondo e il terzo anno.

In alcune regioni è chiara la scelta di un'articolazione di tale tirocinio funzionale al mantenimento di una continuità di relazione del medico in formazione con il territorio per tutta la durata del triennio.

Vista la finalità professionalizzante del corso, è di grande attualità la ricerca di una maggiore continuità del rapporto tra il medico in formazione e le realtà territoriali. Obiettivi prioritari dell'attività formativa sono il completamento della formazione universitaria di base con particolare attenzione alle specificità della medicina generale (in primis l'approccio olistico, la presa in carico e la continuità nell'assistenza "life long"), l'affinamento delle capacità e degli strumenti per migliorare il sistema di erogazione delle Cure Primarie, l'ottimizzazione e l'integrazione con le strutture ospedaliere. Questi sono tutti requisiti necessari per un medico formato all'eccellenza, in grado di affermare liberamente la sua professionalità anche negli altri Paesi della Comunità Europea. Proprio in questo senso si stanno muovendo regioni come il Friuli, dove è prevista una frequenza mensile di dodici ore da aggiungere ai due semestri di frequenza continuativa.

Opinione fortemente condivisa da gran parte dei corsisti risulta essere la necessità di iniziare il corso nelle sue attività pratiche con la frequenza dell'ambulatorio di medicina generale, in quanto questo può avvicinare tutti coloro che si avvicinano per la prima volta alla medicina generale alla rea-

La distribuzione del tirocinio nel triennio



le tipologia di attività che andranno a svolgere, sottolineando il ruolo centrale che questa figura rappresenta per la medicina del territorio. Questo attualmente accade solo in undici regioni.

In alcune regioni la ridotta numerosità dei tutor MMG inseriti negli elenchi regionali non assicura la possibilità di rotazione dei medici in formazione, in modo che il periodo di tirocinio venga stabilito in rispondenza a esigenze didattiche piuttosto che organizzative.

In altre regioni, nonostante la numerosità dei tutor MMG sia adeguata, il posizionamento nel percorso formativo dei tirocini da svolgersi presso lo studio del medico di famiglia è deciso senza un criterio, si svolge solo nei mesi invernali e non permette quindi ai medici in formazione di apprezzare la variabilità delle patologie, delle esigenze dei pazienti e il conseguente carico lavorativo legato alla stagionalità.

Altro punto critico è rappresentato dalla possibilità di scelta del proprio tutor MMG durante il corso, poiché questo ha una rilevanza strategica nella formazione del tirocinante;

in ben otto regioni, questa possibilità non sussiste e pertanto il tutor viene assegnato secondo parametri prestabiliti da parte della regione.

L'assenza di regolamenti e normative regionali che siano chiare in merito determina un comportamento difforme e una disparità di trattamento per cui, anche nella stessa regione, ad alcuni medici in formazione è permesso scegliere ed ad altri no. È auspicabile, rispetto alla possibilità di

C'è la possibilità di scegliere il proprio tutor MMG?



Quanti tutor MMG si incontrano nel tirocinio pratico?



scegliere il tutor MMG in relazione alle proprie esigenze formative, che altre regioni seguano l'esempio della Regione Lombardia che ha dato specifica in tal senso già dal 2012 con delibera regionale.

In dieci regioni i tutor previsti sono due, in tre regioni sono più di due, mentre in cinque regioni si ha un solo tutor, con tutti gli svantaggi che questo comporta qualora esso non soddisfi le aspettative qualitative che ogni tutor dovrebbe possedere.

Questa criticità è accentuata dal fatto che la scelta viene effettuata dagli elenchi ufficiali regionali dei tutor abilitati, che nella quasi totalità risultano non aggiornati e riportano solo i dati anagrafici del tutor e l'ubicazione dello studio. Al fine di rendere la scelta più consona alle proprie esigenze formative, si potrebbero quindi integrare i dati già disponibili con informazioni riguardanti attività aggiuntive, competenze specialistiche, utilizzo di strumentazione diagnostica, collaborazione con società scientifiche, attività di ricerca, esperienza nella formazione di giovani medici, e tutte quelle informazioni che possono rendere più facile e funzionale la scelta.

In definitiva, la decentralizzazione amministrativa cui è soggetto il corso di formazione in medicina generale, se da un lato rispecchia le diverse esigenze territoriali di tutta Italia, dall'altro crea delle differenze di programmazione e organizzazione didattica, sia pratica che teorica, che non consentono l'uniformità della formazione sul territorio nazionale. Questo si traduce con una disparità di percorso tra i "futuri" medici di Medicina Generale nelle diverse regioni in assenza di uno standard comune. Pertanto è sempre più impellente la necessità culturale e formale-organizzativa di individuare un core curriculum nazionale

delle competenze e delle conoscenze da acquisire imprescindibilmente per poter diventare Medico di Medicina Generale, tale da garantire a tutti i medici in formazione le medesime opportunità di crescita personale e professionale.

* Fimmg Formazione, medico in formazione 1° anno CFSMG Abruzzo

A Milano un workshop sull'innovazione in sanità

Medicina, Social Network e Smart Media: come sta cambiando il nostro mondo

Informazioni sui servizi sanitari, ma anche veri programmi personalizzati per seguire specifiche patologie e molte nuove iniziative per promuovere la salute. Sono stati questi i temi del workshop, organizzato a Milano lo scorso 24 gennaio dall'Istituto Internazionale di TeleMedicina (IITM), e dedicato a Smart Media e Social Network in Medicina di cui pubblichiamo alcuni interventi e abstract

Social media e app per la promozione della salute e per il monitoraggio e la prevenzione delle malattie

*di Eugenio Santoro**

L'ultimo rapporto Censis sulla comunicazione pubblicato alla fine del 2013 ci fotografa come una popolazione sempre più affascinata (qualcuno direbbe dipendente) dai social media, dagli smartphone e dai tablet.

Il 44% degli italiani ha un account su Facebook, il 40% usa regolarmente YouTube e il 10% è iscritto a Twitter. Percentuali queste che crescono se come denominatore si considera il totale degli italiani che usano Internet (pari al 63% della popolazione). Su smartphone e tablet siamo poi ai primi posti delle classifiche mondiali, posizione che da anni continuiamo a tenere ben salda.

Smartphone e tablet, grazie al fatto che non sono semplici dispositivi telefoni ma dei veri e propri computer, hanno delle enormi potenzialità che possono essere sfruttate in ambito medico sanitario. Non solo per informare i cittadini/pazienti o fornire loro servizi basati sulla geolocalizzazione (dove cioè trovare asl, farmacie, ospedali, strutture sanitarie per specifiche patologie che siano le più vicine a noi), ma soprattutto per attivare programmi di promozione della salute o per gestire patologie croniche. Tra le oltre 40.000 applicazioni presenti sul solo iTunesStore (il negozi virtuale della Apple), sono infatti già disponibili applicazioni che permettono di tenere sotto controllo il peso modificando i nostri stili di vita attraverso programmi dietetici e sessioni di esercizio fisico, e applicazioni che, attraverso l'impiego di appositi dispositivi da collegare allo smartphone o al tablet, permettono di tenere sotto controllo la glicemia nei pazienti diabetici. Inoltre tali strumenti possano dare un prezioso supporto alla lotta al fumo, alle droghe, all'abuso di alcol e nella prevenzione

ne delle principali malattie ad elevato impatto sociale, tra cui quelle cardiovascolari.

Perché siano effettivamente sicure, prima ancora che utili, occorre però, almeno per le applicazioni più delicate, che siano in qualche modo certificate. Negli Stati Uniti, per esempio, dove di recente sono state rese pubbliche le prime linee guida sullo sviluppo delle applicazioni mediche, sono ormai numerose le apps certificate dalla Food and Drug Administration, mentre da noi il problema è ancora poco sentito.

Molto simile è il discorso sui social media (in particolare Facebook e Twitter), sui social network sanitari e sulle online communities (piattaforme di social networking controllate e dedicate a specifiche patologie/argomenti). Anche in questo caso quella della promozione della salute e della gestione/prevenzione delle malattie non trasmissibili (o "sociali"), in particolare quelle croniche, è certamente l'area più promettente della loro applicazione. È infatti dimostrato che tali strumenti sono in grado di modificare il comportamento delle persone con le quali è stabilita una relazione. Se usati correttamente, sono quindi in grado di favorire le "giuste cause" e modificare (in meglio) il comportamento delle persone e i loro stili di vita.

Diversi studi randomizzati suggeriscono infatti come strumenti di questo genere, nei quali i pazienti possono accedere a informazioni accreditate, condividere le proprie storie/esperienze ed eventualmente i propri dati e porre domande a specialisti del settore sanitario, aiutino a ridurre l'incidenza di stress e depressione in pazienti oncologici, a tenere maggiormente sotto controllo la glicemia in pazienti con diabete di tipo 2, e ad aumentare il tasso di vaccinazioni anti-influenzali. Altri studi hanno poi evidenziato come le online communities possano aumentare l'aderenza a programmi di esercizio fisico, soprattutto tra coloro che hanno un basso livello di socialità.

Anche l'uso di social media sembra essere particolarmente efficace come strumento di promozione della salute. Un recente studio ha di-

mostrato come negli Stati Uniti l'uso di Facebook abbia contribuito ad aumentare di circa 6 volte il numero di donazioni di organi, mentre un altro, randomizzato, ha dimostrato come l'impiego di una community costruita su Facebook può aumentare l'attività fisica di giovani pazienti sopravvissuti a una malattia oncologica. Le applicazioni di questo genere non si limitano all'impiego di Facebook, ma riguardano anche Twitter. Uno studio randomizzato ha infatti dimostrato come una community costruita su Twitter abbia aiutato i pazienti arruolati a perdere peso in maniera statisticamente significativa rispetto al gruppo di controllo grazie ai suggerimenti periodici di un dietologo e alla loro partecipazione/interazione.

Non bisogna poi dimenticare le potenzialità della cosiddetta "sentiment analysis", pratica generalmente usata dalle aziende per raccogliere, monitorare, valutare i contenuti e le conversazioni pubblicati dai cittadini sui social media al fine di "gestire la propria reputazione online". Tecniche di questo tipo oggi sono applicate in ambito sanitario per il controllo e la sorveglianza delle malattie epidemiche, il monitoraggio di certe categorie di farmaci e per attivare veri e propri programmi di farmacovigilanza.

**Laboratorio di Informatica Medica, Dipartimento di Epidemiologia, IRCCS - Istituto Ricerche Farmacologiche Mario Negri
www.twitter.com/eugeniosantoro*

Eugenio Santoro, *Web 2.0 e social media in medicina: come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2011.

Eugenio Santoro, *Facebook, Twitter e la medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2011.

Un contributo per un Personal Health Record che sia più "InterPersonal", e meno "Record"

Federico Cabitza*

Nell'ambito dei fenomeni a cui assistiamo di crescente digitalizzazione delle pratiche documentali e di accesso ai servizi socio-sanitari tramite tecnologie dell'informazione (che comprendono anche il telefono, ovviamente), il caso del Personal Health Record (PHR) è emblematico. Da una parte, l'idea che i cittadini possano accedere ai

documenti e ai dati sanitari che li riguardano attraverso un "browser" o una "app" in esecuzione su un proprio dispositivo, anche portatile, e che possano gestire attraverso questi strumenti "online" la propria interazione con diversi fornitori di servizi rivolti alla propria salute, in maniera sostanzialmente analoga a come fanno nel caso dell'"home banking", ha attirato l'interesse di grandi aziende ed investimenti sempre maggiori negli ultimi dieci anni (ad esempio: Google con Google Health, Microsoft con HealthVault, Intel con Dossia); tale idea nel frattempo è anche entrata nelle agende di numerosi paesi occidentali (ad es.: i progetti Healthspace in Gran Bretagna, e il Fascicolo Sanitario Elettronico Personale in Italia, declinato in diverse forme a seconda della Regione). D'altra parte, iniziative del genere possono essere definite sostanzialmente fallimentari se valutate nei semplici termini dei tassi di adozione finora raggiunti da parte dei loro potenziali consumatori, cioè di utenti che, nel caso dei progetti di ampiezza nazionale, sono anche i contribuenti che hanno finanziato tali sistemi con le proprie tasse. Solo a titolo di esempio, Google Inc. ha chiuso il progetto "Google Health" il 31 Dicembre 2012, pochi giorni dopo che il Sistema Sanitario Britannico ha chiuso l'iniziativa per molti versi simile "Healthspace"; entrambi i casi sono stati oggetto di numerose analisi "post mortem" non solo sui giornali generalisti ma anche in letteratura specialistica (si vedano ad esempio¹). In Italia, nel 2012 solo una persona su 12 ha prenotato un appuntamento con un medico via Web (dati ISTAT 2012), e solo il 6% dei partecipanti ad una ricerca che abbiamo svolto a Milano nel 2012² ha affermato di conoscere l'iniziativa del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che, come noto, riguarda un progetto in corso in Lombardia da numerosi anni e che è stata ampiamente pubblicizzata in tutte le strutture socio-sanitarie del territorio; in particolare, solo un rispondente su 50 affermava di usare l'FSE regolarmente. Questo fenomeno di basso utilizzo si scontra contro tendenze diametralmente opposte che riguardano il tasso di utilizzo di dispositivi connessi ad Internet (il 55% delle famiglie Italiane ha accesso ad Internet da casa - ISTAT 2012³ - il 62% attraverso un dispositivo mobile - Nielsen⁴) e una penetrazione delle tecnologie Web, e in particolare degli strumenti cosiddetti "social", molto alta e abbastanza omogenea tra i paesi occidentali: in particolare l'82% degli utenti Italiani di Internet si invia messaggi di posta elettronica, mentre pochi meno (il 75%) sono anche utenti di un social network. Notabilmente, gli Italiani si mostrano più propensi ai social networks degli abitanti degli Stati Uniti nelle fasce di età tradizionalmente più interessate alla salute: il 75% degli utenti dai 50 ai 64 anni e il 60% degli over 64 usano un social network (dati Audiweb luglio 2013⁵).

La nostra tesi è che sia il modello concettuale di riferimento all'interno del quale si tende a concepire un Personal Health Record l'ele-

1 Greenhalgh et al. (2010). Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. *BMJ: British Medical Journal*, 341; Agarwal et al. (2013). If We Offer it, Will They Accept? Factors Affecting Patient Use Intentions of Personal Health Records and Secure Messaging. *Journal of medical Internet research*, 15(2).

2 Cabitza, F., De Michelis, G., Simone, C.: User-driven Prioritization of Features for a Prospective InterPersonal Health Record: perceptions from the Italian context. *Computers in Biology and Medicine*. forthcoming, (2014).

3 <http://www.istat.it/it/archivio/78166>

4 *The Mobile Consumer - A global snapshot 02/2013*. <http://goo.gl/b88A1>

5 <http://goo.gl/wmJ06U>

mento che abbia maggiormente contribuito a rendere le iniziative di diffusione di tale strumento disallineate rispetto alle percezioni di utilità dei suoi potenziali utilizzatori. Tale modello, che è ben radicato nella tradizione positivista di sviluppo di tecnologie informatiche e che Greenhalgh (2009⁶) denota come modello del “contenitore di dati”, è quello secondo cui il PHR funziona principalmente da archivio, punto di accesso e aggregatore di informazioni che sono tipicamente prodotte dai fornitori di servizio e rese disponibili in formato elettronico per un eventuale uso “secondario” e un bisogno futuro. Il punto è che non è chiaro quale sia il “bisogno” a cui degli archivi online rispondano, se non sono chiaramente collegati a specifiche attività e usi, e soprattutto quale sia il loro “vantaggio relativo”⁷ rispetto alle esistenti pratiche di gestione documentale cartacea ed elettronica che molti cittadini (9 su 10 secondo la nostra ricerca, 6 su 10 in Germania⁸) già attuano abitualmente con i propri dati sanitari. Inoltre, un archivio vive sostanzialmente separato dal suo contesto di utilizzo e comunque al di fuori di pratiche narrative e discorsive che invece un numero crescente di recenti ricerche considerano centrali per la comprensione da parte del paziente del proprio percorso complessivo di salute e dei processi di diagnosi e cura in cui si possa trovare, nonché nell’attività di co-costituzione di tali percorsi e processi con gli operatori sanitari coinvolti nella loro definizione.

Per questo motivo evidenziamo la necessità di dedicare una crescente attenzione ad attività di progettazione che siano volte ad identificare e realizzare le funzionalità e modalità di fruizione dei PHR che li rendano, per usare un portmanteau che speriamo più evocativo che preciso, degli InterPersonal Health Record, cioè un “luogo” di incontro virtuale tra persone, un canale a cui i singoli cittadini possano accedere e che risulti loro familiare per interagire e comunicare con i medici o operatori sanitari che sono coinvolti nella loro cura o in quella dei loro cari (nel caso di figli minori o di anziani non più autosufficienti). La sfida insita in questo modello alternativo di progettazione sta nel calibrare le ben note e diffuse funzionalità base della condivisione di contenuti e della messaggistica (sia istantanea che asincrona) in maniera tale che il PHR non sia solo l’accesso ad una serie di servizi per consultare referti on-line, tenere un diario della propria salute e gestire l’accesso a prestazioni sanitarie, pur largamente intese; ma anche e soprattutto uno strumento che permetta all’utente di sentirsi il reale proprietario delle informazioni ivi gestite; il lettore più competente per darne una interpretazione coerente con il proprio vissuto; la persona ultimamente responsabile della accuratezza e completezza di tali informazioni; e infine un attore che sia pariteticamente coinvolto nella produzione e condivisione di contenuti e nell’integrazione di questi con quelli provenienti da diverse fonti di dati, necessariamente di varia qualità e attendibilità (tra cui annoverare le

banche dati bibliografiche più note, Forum specialistici, comunità virtuali di pazienti, e siti istituzionali di enti sanitari). Da ultimo, la sfida maggiore che si pone ai progettisti di sistemi informatici è quella di realizzare Personal Health Records che nel processo di domesticazione a cui li sottoporrà ciascun utente si trasformino in strumenti efficaci con cui questi possa non solo comunicare con specialisti e operatori sanitari, ma possa anche creare con essi uno spazio di interpretazione reciproca ed espressione di obiettivi e aspettative, paure e speranze, dubbi e ipotesi, uno spazio che si sviluppi affianco ai documenti e ai contenuti che riguardano direttamente i chiarimenti e approfondimenti richiesti dal paziente, in quanto solo queste risorse ne costituiscono il contesto di uso più completo, piuttosto che disperdersi nelle molte piattaforme oggi a disposizione, che sono spesso volutamente mantenute eterogenee e incompatibili, e in processi d’uso ancora lasciamente integrati e poco convergenti. Il modello che prevede un “record” sul Web (anche) come “strumento di comunicazione tra persone” (cf. InterPersonal) non può ovviamente prescindere dalla volontà degli operatori sanitari di essere coinvolti in questo scambio di messaggi, nella continua annotazione e commento delle risorse condivise, e nel processo di co-produzione di contenuti che il modello prevede e che si può immaginare in gran parte in forma scritta (sebbene certi scenari di telemedicina non richiedano necessariamente la forma scritta per abilitare la comunicazione interpersonale). Per contribuire nella comprensione del grado di prontezza degli operatori sanitari, in particolare dei medici di medicina generale (MMG), ad adottare una tale piattaforma, abbiamo condotto due indagini, una nel 2012⁹ e una del 2013¹⁰, quest’ultima con la collaborazione del Centro Studi della Fimmg, volte anche a capire con quale attitudine questi operatori si porrebbero nei confronti di uno strumento quale l’InterPersonal Health Record che, è giusto considerare, potrebbe richiedere loro, come conseguenza solo parzialmente inattesa, uno sforzo aggiuntivo nei confronti dei loro assistiti. Il confronto tra le due indagini, in cui sono state poste domande simili riguardo all’uso delle ICT nell’interazione coi propri pazienti, ci permette di rilevare: che un terzo dei MMG Italia ni desidera usare meno il telefono di quanto sia usato attualmente; che circa un medico su due usi la posta elettronica con una certa regolarità per comunicare coi propri pazienti, e che un medico su cinque dichiara di usare già almeno qualche volta una piattaforma Web 2.0 (cioè o un blog, un Forum, o i Social Network) allo stesso scopo. Notabilmente, tra il 2011 e il 2013, gli anni in cui queste indagini sono state svolte, l’uso frequente e regolare della posta elettronica è aumentato dall’11% al 19% ($p < .01$), l’uso almeno sporadico dei social media dal 14% al 19% ($p < .05$); mentre l’attitudine all’uso, misurata come proporzione dei rispondenti che hanno dichiarato di voler usa-

6 Greenhalgh, T., Potts, H. W., Wong, G., Bark, P., & Swinglehurst, D. (2009). *Tensions and Paradoxes in Electronic Patient Record Research: A Systematic Literature Review Using the Meta-narrative Method*. *Milbank Quarterly*, 87(4), 729-788.

7 S. Emani, C. K. Yamin, E. Peters, A. S. Karson, S. R. Lipsitz, J. S. Wald, D. H. Williams, and D. W. Bates, “Patient Perceptions of a Personal Health Record: A Test of the Diffusion of Innovation Model,” *Journal of Medical Internet Research*, vol. 14, no. 6, p. e150, Nov. 2012.

8 A. Hoerbst, C. D. Kohl, P. Knaup, and E. Ammenwerth, “Attitudes and behaviors related to the introduction of electronic health records among Austrian and German citizens,” *International Journal of Medical Informatics*, vol. 79, no. 2, pp. 81-89, Feb. 2010.

9 Cabitza, F.: *On the attitudes of GPs toward novel features of their next EPRs. Quality of life through quality of information*. pp. 911-916 (2012).

10 Cabitza, F., Del Zotti, F., Misericordia, P.: *Electronic Records for General Practice - Where we are, where we should head to improve them. Healthinf 2014: Proceedings of the 7th International Conference on Health Informatics*, 3-6 March, 2014, Angers, France. INSTICC Press (2014).

re più frequentemente in futuro la posta elettronica e i social media nella comunicazione coi propri assistiti, è passata dal 30% al 49% e dal 12% al 17%, rispettivamente ($p < .001$ e $p < .05$). Questi dati, unitamente a quelli che abbiamo citato sopra, pongono il modello di PHR come luogo di incontro sociale, di condivisione e di annotazione collaborativa di risorse come una interessante alternativa da indagare al fine di superare i limiti dei modelli attuali e raggiungere così una maggiore adozione e appropriazione da parte del cittadino digitale degli strumenti con cui questi possa gestire i propri percorsi di cura e prevenzione in maggiore autonomia e consapevolezza.

*Ingegnere, PhD, Ricercatore e Docente Universitario
Dipartimento di Informatica
Università degli Studi di Milano-Bicocca*

Tecnologie smart nel follow-up di pazienti obesi e diabetici

*Gianluca Castelnuovo**

Il mantenimento del calo ponderale rappresenta uno degli aspetti più critici nel trattamento dell'obesità semplice e con complicanze, come il diabete di tipo 2. La letteratura scientifica ci mostra come solo il 20% degli individui in sovrappeso ottenga buoni risultati nel medio-lungo periodo, mantenendo il calo ponderale raggiunto per la durata di un anno. I programmi finalizzati al calo ponderale che includono dieta, esercizio fisico e modificazioni dello stile di vita comportano una perdita di peso corporeo in media del 10% ma le evidenze empiriche sull'argomento dimostrano che la maggior parte dei soggetti, dopo il trattamento per la riduzione del peso, tornano al peso iniziale tra i 3 e i 5 anni.

Dunque la sfida più grande che si pone al paziente ed allo specialista è quella rappresentata dal mantenimento a lungo termine del calo ponderale ottenuto in precedenza. Importanti revisioni della letteratura sottolineano l'influenza positiva di un approccio che sia multidisciplinare al problema, anche grazie all'integrazione di nuove tecnologie. Così le tecnologie di comunicazione alternative, come Internet e il web, sembrano avere il potenziale per essere efficacemente integrate al trattamento tradizionale, offrendo nuove opportunità al paziente e allo specialista, consentendo di mantenere contatti frequenti, a lungo termine e poco costosi.

Con lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione si è andata delineando una più specifica branca della telemedicina chiamata e-therapy che può essere definita come una modalità di contatto tra un professionista sanitario e il suo paziente attraverso Internet. La e-therapy può essere applicata attraverso strumenti quali la e-mail, le chat, la videoconferenza. L'utilizzo della e-mail nelle procedure cliniche effettuato da Yager si è dimostrato uno dei lavori pionieristici che hanno portato a pensare a questo mezzo come ad una valida aggiunta alla terapia tradizionale.

Attraverso la videoconferenza i partecipanti hanno la possibilità di conversare a distanza, con un interlocutore o più, vedendolo e sen-

tendolo in tempo reale attraverso l'uso di videocamere e monitor. Secondo Norris e Mair e Whitten, l'interesse che la videoconferenza ha recentemente suscitato in ambito clinico è dato sia dal progresso tecnologico, che ha permesso di ottenere equipaggiamenti meno costosi e più semplici da utilizzare, sia dal relativo risparmio nella spesa sanitaria e dalle più positive aspettative dei pazienti verso le tecnologie.

La telemedicina non viene utilizzata solo in malattie croniche quali il diabete o lo scompenso cardiaco ma, al contrario, acquista sempre più spazio anche per quanto riguarda il trattamento del disagio psichico e nel trattamento riabilitativo delle patologie croniche in genere.

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati in ambito tecnologico applicato all'obesità possiamo annoverare le piattaforme web, l'e-mail, la telefonia mobile e la videoconferenza. Diverse ricerche, poi, riportano l'utilità della tecnologia e-mail e del telefono sia fisso che cellulare. Questi ed altri risultati ci inducono quindi a pensare che gli interventi tecnologico-mediati siano effettivamente efficaci per il trattamento a breve e lungo termine del problema obesità.

Un intervento interessante, sviluppato in questi anni dall'Istituto Auxologico Italiano IRCCS, è stato denominato TECNOB (TECNology for OBesity) e consiste in un programma integrato supportato da telemedicina per il trattamento a lungo termine di pazienti obesi affetti da diabete mellito tipo II. Lo studio si articola in un'ottica integrazionista che coinvolge diverse figure professionali che concorrono a fornire un intervento di tipo multidisciplinare.

Il futuro sembra ancora più aperto a tali possibilità grazie alla comparsa e diffusione di tecnologie sempre più smart, all'interno di Comunità Intelligenti e Smart Cities, dove il paradigma della mobile health sta sempre più rappresentando una realtà concreta con ottime prospettive cliniche e di ricerca, non solo nell'ambito del diabete e dell'obesità, ma in tutte le patologie croniche che necessitano monitoraggio costanti ed affidabili.

**PhD e PsyD, Istituto Auxologico Italiano IRCCS, Servizio e Laboratorio di Psicologia Clinica, Ospedale San Giuseppe, Verbania.
Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano.*

Sistemi infotelematici con smart media per la gestione della nutrizione e della dieta

Maria Luisa Ganadu, Mario Bertolotti**, Silvia Carrus*,
Ennio Zangrando***, David Ek*****

La comunicazione ripercorre le diverse fasi del lavoro portato avanti dal gruppo nello sviluppo di una applicazione (app) per dispositivi mobili per una nutrizione personalizzata ed assistita.

I due aspetti, quello della divulgazione di una alimentazione studiata sul profilo dell'utente e l'aspetto dell'informazione sui contenuti nutrizionali di ogni prodotto, come anche gli aspetti di tipicità e si-



curezza alimentare vengono presentati servendosi delle tecnologie informatiche di uso più comune.

I risultati ottenuti presso una casa di riposo già dal 2007, grazie a un progetto sperimentale di telemedicina hanno portato a sviluppare una applicazione base per utenti interessati a un servizio di menù organizzato su base quindicinale ed ad una applicazione avanzata per utenti affetti anche da patologie.

I menù quindicinali sono accompagnati da un controllo di spesa a basso ed alto costo. Particolare attenzione viene rivolta all'utilizzo dei QR (quick response, codici a barre bidimensionali) al fine di informare l'utente sia del nome del prodotto, dell'origine, dell'uso nella ricetta, dei dati nutrizionali in diversi ambienti, muovendosi dal ristorante sotto casa a quello localizzato in una città straniera.

Nella comunicazione sarà presentata la app, le funzioni, la struttura del sistema, la sua architettura, lo sviluppo con particolare attenzione alle indicazioni dello stile di vita presenti nelle zone di popolazioni longeve della Sardegna (blue zone).

Le diverse problematiche aperte derivanti dall'utilizzo dei dati da app, profilo utente, dati nutrizionali, protocolli farmacologici, dati ematologici, privacy, affidabilità, consistenza e precisione etc sono la pista per una tavola di discussione.

**Dept. of Humanities and Social Sciences, University of Sassari*

***INSTM-National Inter-University Consortium for science and technology of materials*

****Dept of Chemical and Pharmaceutical Sciences, University of Trieste*

*****National Instrument, Stockholm*

Servizi di home care basati su "mobile devices"

*Carlo Todeschini**

Metarete, da sempre attiva nella progettazione e sviluppo di servizi basati sulle tecnologie web, crede fermamente nello sviluppo di servizi per l'home care basati su dispositivi mobili.

I presupposti tecnologici, la diffusione di connettività Internet, l'aumento di competenza e di consapevolezza nell'utilizzo delle nuove tecnologie e la grande disponibilità di dispositivi mobili (smartphone e tablet) spinge nella direzione di questi servizi.

Il punto di partenza è quello di attivare una serie di soluzioni per gli operatori che hanno l'esigenza di erogare servizi di home care (assistenza domiciliare) con l'ausilio di smartphone; tecnologie come la geo-referenziazione consentono il controllo e il monitoraggio in tempo reale delle attività degli Ausiliari socio assistenziali (Asa), gli Operatori socio sanitari (Oss) e gli Assistenti familiari che operano sul territorio.

Per avvicinare ulteriormente (e sempre virtualmente) i pazienti alle strutture sanitarie, la naturale evoluzione è quella di creare un filo diretto, semplice e immediato, tra il medico e il paziente. L'home care si concretizza nell'utilizzo di dispositivi mobili, già a disposizione dei pazienti, per mantenere attivo un canale di comunicazione con il proprio medico specialista e per il follow up di malattie croniche.

Infine, l'adozione di tecnologie ancora più sofisticate da affian-

care all'utilizzo di dispositivi mobili standard, porta a PAD (Personal Assistant Device). Tramite l'utilizzo di sensori non invasivi per la misurazione della glicemia, della pressione, del peso corporeo e così via, il paziente, soprattutto se affetto da patologie croniche, svolge un'attività autonoma di lettura e monitoraggio dei parametri essenziali, mantenendo anche in questo caso un canale diretto e bidirezionale di comunicazione con la struttura sanitaria di riferimento.

*Metarete s.r.l
 todeschini@metarete.it

Visualizzazione in real time di immagini radiologiche su dispositivi tablet per consulenza specialistica ortopedica e neonatologica

*Floriana Zennaro, Sergio Demarini, Gabriele Cont, Marco Rozzo, Luca Odoni, Daniela Dibello, Valentina Dicarlo, Daniele Grosso **

Obiettivo dello studio

L'obiettivo del nostro studio è stato di fornire ai medici specialisti non radiologi la possibilità di visualizzare le immagini radiologiche quando non si trovano in ospedale utilizzando dispositivi tablet. Sono state individuate due realtà che per prime avrebbero potuto beneficiare di questa opportunità, in quanto spesso hanno la necessità di eseguire radiografie in urgenza. Una è la Struttura Complessa (SC) di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), presso la quale lavorano molti medici assunti da poco, che si trovano di fronte a casistica complessa; il Direttore della SC ha la necessità di seguire i giovani medici e i pazienti H24. L'altra realtà coinvolta nello studio è stata la SC di Ortopedia, i cui medici fronteggiano un gran numero di turni di reperibilità con molte chiamate.

Materiali e metodi

Sono stati studiati 59 pazienti della neonatologia e 40 pazienti ortopedici nel corso dell'anno 2013. Tutti gli esami radiologici dei pazienti studiati sono stati inviati anonimamente ai tablet Apple iPad dei medici partecipanti subito dopo l'esecuzione, tramite il sistema di invio sicuro di immagini DICOM Aycan Mobile. Sono stati rilevati i tempi trascorsi tra l'invio di ciascun esame e l'apertura dello stesso sul dispositivo mobile e le eventuali difficoltà tecniche riscontrate durante l'invio. È stata poi valutata la conseguenza sull'approccio al paziente determinata dalla possibilità di visualizzare la radiografia sul tablet immediatamente dopo l'esecuzione.

Risultati

Neonatologia: su un totale di 59 esami 13 di questi sono stati gravati da problemi di trasmissione, verificatisi prevalentemente nel primo periodo dello studio, successivamente risolti, riferibili a problematiche di rete. Escludendo questi 13 esami, comunque trasmessi, il tempo di invio è variato da un minimo di 3 ad un massimo di 42 minuti con un tempo medio di 11,3 minuti (mediana 7). In 39 casi (66%) la gestione del paziente non è stata modificata dalla possibilità di visualizzare le immagini radiologiche sul tablet, mentre in 20 casi (34%) alcune decisioni sulla gestione del paziente sono state modificate. In particolare è stata modificata la posizione di un catetere venoso o arterioso in 9 casi (15%), modificato l'approccio terapeutico in 11 casi (19%). Tutti gli esami trasmessi erano radiogrammi del torace o dell'addome.

Ortopedia: su un totale di 40 esami trasmessi vi sono stati problemi di trasmissione in due casi, entrambi comunque giunti a destinazione. Il tempo di invio è variato da un minimo di 3 ad un massimo di 42 minuti, con un tempo medio di 11,3 minuti (mediana 7). In 35 casi (87,5%) la possibilità di vedere immediatamente l'esame radiologico ha cambiato l'approccio al paziente mentre in 5 casi (12,5%) non l'ha modificato. In particolare in 24 casi (60%) l'ortopedico ha ritenuto non necessario recarsi immediatamente in ospedale in reperibilità con conseguente risparmio per l'Ente, in 7 casi (17,5%) la sala operatoria è stata immediatamente attivata con notevole riduzione del tempo di intervento sul paziente, evitando la preliminare consulenza ortopedica, mentre in 4 casi (10%) il paziente è stato trattato dall'ortopedico in sala gessi anziché direttamente il pronto soccorso. Tutti gli esami trasmessi erano radiogrammi dello scheletro.

Discussione e conclusioni

In tutti i pazienti studiati la possibilità per il clinico specialista di poter vedere su dispositivi tablet gli esami radiologici appena eseguiti ha comportato un miglioramento nell'approccio al paziente, modificandolo in una significativa percentuale dei casi. La trasmissione, la sicurezza della quale è garantita, è stata quasi sempre effettuata in tempo sufficientemente breve.

Questo approccio consente una riduzione anche rilevante delle chiamate in reperibilità e un può quindi contribuire ad abbassare i costi senza impattare negativamente sulla qualità del servizio, anzi, garantendo una miglior qualità dell'assistenza.

Un altro aspetto degno di nota è il fatto che un parere fondato su maggior expertise porti a variazioni o integrazioni dell'approccio al paziente con conseguenti benefici anche dal punto di vista della trasmissione delle conoscenze.

È allo studio l'opportunità di estensione di tale opportunità anche ad altri specialisti.

**IRCCS Burlo Garofolo, Trieste*

Le unità mono e multi professionali di Medicina Generale e la tecnologia

Fabio Bono*

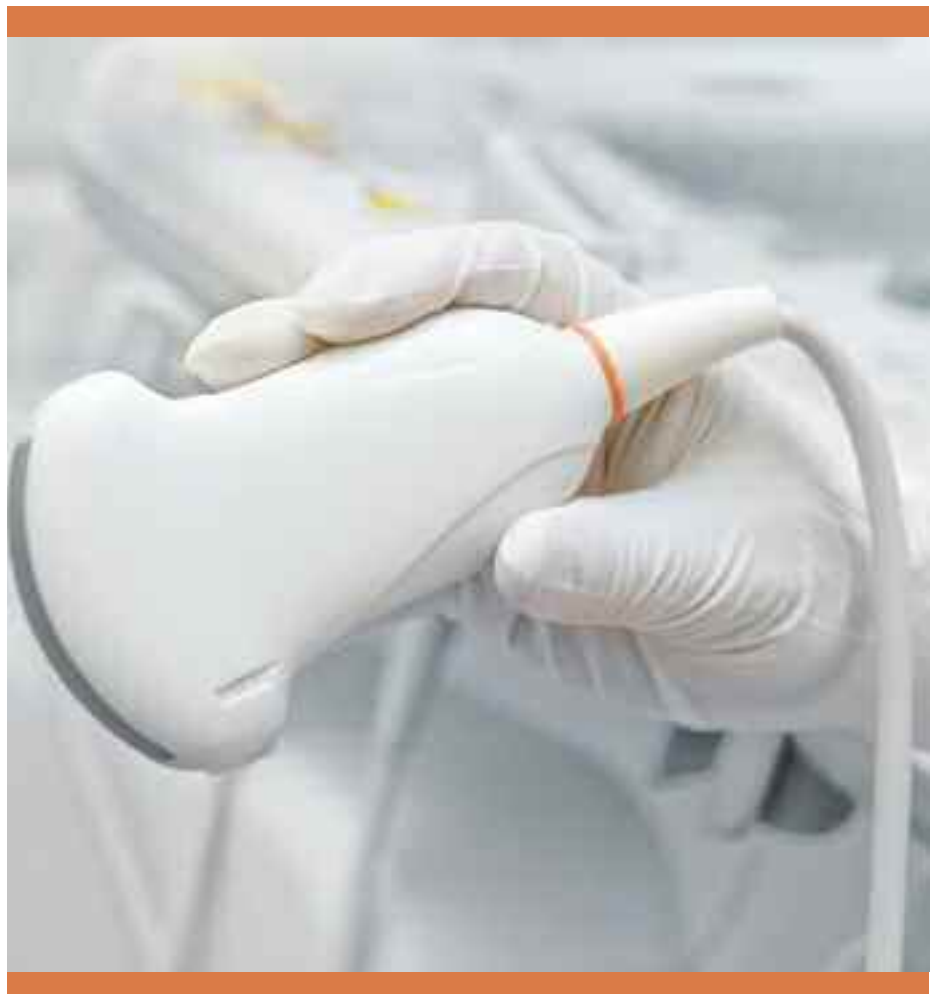
La nascita delle AFT e delle UCCP rappresentano una grande opportunità per i SSR, ma questa chance può essere percepita solo da coloro che conoscono a pieno il territorio e la Medicina Generale.

La Medicina Generale ed il territorio sono un mondo sconosciuto alla maggior parte della dipendenza sia amministrativa che sanitaria. Questo debito formativo limiterà, in modo tutt'altro che residuale, l'efficienza del sistema se avverrà, come da più parti si sta progettando, lo spostamento di forza lavoro dagli ospedali al territorio ed in particolare nelle UCCP.

Molto lavoro è stato fatto in questi anni per trasformare il territorio da un "black box" come era in passato per le amministrazioni aziendali, in una struttura organizzata. È stata posta grande attenzione alla strutturazione ed allo studio degli out-comes della Medicina Generale ma poco tempo è stato dedicato allo studio dei flussi di lavoro negli studi di Medicina Generale. Questa carenza progettuale non dà certezze su quanto siano sostenibili gli obiettivi ipotizzati con lo spostamento sul territorio di una quota parte delle prestazioni che prima gravavano sull'ospedale.

Ancor meno si sa sui flussi di pazienti nelle UCCP-Case della Salute se non in funzione di singole esperienze e poche di queste con una memoria storica sufficientemente lunga.

Tuttavia, da dati provenienti da queste re-



altà, si evidenzia come vi sia un considerevole aumento dei contatti in carico alla Medicina Generale e alla struttura in toto, a dimostrazione di come queste realtà organizzate intercettino il bisogno sia sanitario che sociale.

Un ulteriore motivo di confusione è stata l'introduzione del concetto "ospedale" dedicato alla cura delle acuzie e "territorio" a quello della cronicità, tramite il "Chronic

Care Model" (CCM).

Modello, quello della cura della cronicità, derivato da modelli sanitari, culturali e territoriali diversi da quello italiano e latino dove la Medicina Generale da sempre, seppur in modo meno strutturato, si è dedicata alla cura del paziente cronico. Sicuramente una medicina pro-attiva migliorerà le performance del nostro sistema ma non le stravolgerà come in altri contesti nazionali.

Se osserviamo la struttura del CCM ed i numeri di pazienti attesi, di per sé enormi, la maggior parte degli interventi pro-attivi e di formazione sull'utenza verranno fatti da altri soggetti (infermieri, assistenti sociali, OSS, volontariato ecc.) e non incideranno, se non parzialmente, sul medico di Medicina Generale più di quanto già incidano, a meno che non si voglia sanitarizzare metà della popolazione o che gli altri soggetti implicati nel modello, non siano numericamente adeguati.

In altre parole, buona parte dell'aumento dei contatti, osservati negli studi di Medicina Generale, potrebbero non essere dovuti alla gestione della patologia cronica ma dalle complicanze e dalla gestione delle acuzie vere o percepite.

Troppo scarso appare il personale amministrativo/infermieristico che i parametri convenzionali, non più adeguati ai nuovi modelli, concedono; così come non sono più adeguati i parametri normalmente usati per valutare l'operatività di una medicina generale associata se questa è inserita in una Casa della Salute.

Nella nostra esperienza, oramai decennale, il front-office produce circa 10 operazioni/paziente/anno con un numero medio di 17 operazioni/operatore/ora, pari a circa 3'30" per ogni operazione (telefonate, appuntamenti, ricettazione, medicazioni, distribuzione farmaci, mail, informazioni, empowerment dell'utenza, programmi di richiamo ecc.).

Tali ritmi risultano particolarmente stressanti e facilitano il burn-out del personale, ma solo una reception, efficace ed appropriatamente dimensionata, può consentire una corretta rimodulazione del sistema territoriale.

Diversamente il sistema non reggerà l'urto del conferimento di compiti precedentemente in carico alle organizzazioni ospedaliere né appare corretta, dal punto gestionale ed economico, l'abitudine inveterata di chiedere ai mmg di svolgere attività amministrative.

Grazie al lavoro dell'accettazione i medici di Medicina Generale, in parte liberati dalle attività burocratiche, si possono dedicare maggiormente all'attività di diagnosi e cura che, tuttavia, non risulta diminuita ma aumentata dai conferimenti dati dal sistema ospedale (dimissioni precoci, progetti obiet-

tivo, PDTA, posti di cure intermedie, R.S.A., Case di riposo, urgenze percepite territoriali ecc.).

Il rischio di "ospedalizzazione" della MG Per decenni è stato indicato nell'ospedale il luogo ove, a qualsiasi ora, si poteva risolvere un problema di salute. Ora che diamo una dignità fisica alle UCCP, come saranno percepite dai cittadini? Che uso ne verrà fatto? Le UCCP saranno in grado di reggere le richieste?

Il rischio che le UCCP non siano sufficientemente strutturate è grave anche per immagine del Medico di Medicina Generale che rischia di essere identificato, dal Cittadino, come il colpevole di disservizi sui quali non ha strumenti per agire.

In questo momento organizzativo stiamo correndo anche altri rischi ed uno ci appare particolarmente importante sia dal punto di vista culturale che di visione e si chiama ospedalizzazione.

Tale rischio è grave nelle le UCCP e gravissimo per le Case della Salute nelle quali agiscono più dipartimenti della Sanità Pubblica.

Le motivazioni del rischio di ospedalizzazione sono diverse e derivano da più fattori:

- visione politica, che appare rassicurata da un coordinamento in carico alla propria dipendenza;
- differenti rapporti lavorativi: uno convenzionale Libero professionale ed uno di dipendenza;
- trasferimento di personale dall'ospedale alle UCCP;
- origini culturali diverse: Medicina Generale - Ospedaliere
- numero dei componenti, professionali e non, che compongono le strutture e che risultano in molti casi apparentemente più rappresentati dalla dipendenza. Nella realtà, spesso le stesse figure della dipendenza risultano nell'organico di più UCCP e ne vivono l'organizzazione solo per alcune ore alla settimana.

La Medicina Generale lavora con una visione olistica e con la sua organizzazione dà risposte H12 ai suoi pazienti.

In altre parole, molte sono le professionalità che collaborano nelle Unità Multiprofessionali ma le figure che tengono "accesa la luce" al loro interno sono i mmg e, in un prossimo futuro, nell'ambito del ruolo uni-

co, la Continuità Assistenziale.

Anche l'organizzazione, per gli stessi motivi, appare troppo sbilanciata nei confronti delle aree della dipendenza rispetto quella della Medicina Generale.

La partita più importante, per impedire l'ospedalizzazione del modello territoriale, passerà inevitabilmente attraverso la visione del coordinamento delle singole strutture e, di conseguenza, alle origini culturali di chi vestirà questo ruolo.

Se il coordinamento clinico-organizzativo, ed i relativi rapporti con il Dipartimento delle Cure Primarie, saranno in carico alla Medicina Generale riusciremo a mediare, grazie ad una visione organizzativa orizzontale, la deriva ospedaliere delle strutture territoriali multiprofessionali, con un innegabile vantaggio per il sistema.

Conferire questo incarico a mmg è una scelta politica, visto che le caratteristiche ed i compiti di questa figura sono già normati dagli articoli dell'ACN, tutt'al più andranno affinati nella prossima Convenzione in funzione dell'evoluzione del sistema stesso.

Certo è che coordinamento e leadership, nell'interpretazione della Medicina Generale, dovranno coincidere nelle strutture e non andranno intese in modo gerarchico ma fondate sulla stima professionale e sui rapporti interprofessionali, agite attraverso la condivisione delle scelte con una visione d'insieme e prospettiva del territorio per il quale la Medicina Generale deve essere un riferimento autorevole.

Il futuro della MG

A causa della crisi economica è pensabile che non vi saranno, nel breve-medio periodo, risorse sufficienti per aumentare in modo significativo i servizi ed i LEA e la Medicina Generale si troverà a gestire la gran parte delle problematiche sanitarie delle UCCP e delle AFT.

Per continuare ad essere un riferimento la Medicina Generale dovrà aumentare il proprio intervallo di confidenza diagnostica.

Dovremo aumentare la nostra capacità di presa in carico, dovremo implementare nuove conoscenze (il saper fare) per risolvere, nel circuito della Medicina Generale, la maggior parte delle problematiche.

Dovremo imparare a lavorare in squadra, dovremo imparare a gestire studi complessi, mono-multi professionali con tecnolo-

gia, dipendenti e bilanci ma non dovremo perdere i nostri “strumenti storici”: empatia, visione olistica, disponibilità, presenza. Per migliorare la nostra capacità di presa in carico abbiamo a disposizione strumenti organizzativi quali l’associazionismo, l’informazione tecnologia, il personale, le Società e le Cooperative di servizio ecc. e strumenti professionali come la formazione continua e la tecnologia diagnostica.

Quest’ultima può avere un ruolo determinante nel confermare ipotesi diagnostiche direttamente negli studi di medicina generale, nell’indirizzare i percorsi diagnostici e nel follow-up della patologia cronica.

Potremmo ipotizzare due tipi di tecnologia: una settoriale ed una generalista.

Nella prima rientrano una serie di strumenti atti a dare risposte specifiche su patologie organo correlate (ECG, Holter ECG, Holter pressorio, Ossimetro, Spirometro, Elettromiografo ecc.).

Nella seconda strumenti che possono dare

risposte sulla maggior parte degli apparati (Ecostetoscopio, Ecografo, Apparecchiature per la chimica-clinica).

I risultati attesi sono di contribuire, come evidenziano i profili di Nucleo di Cure Primarie della Jefferson University in alcune sedi di sperimentazione, alla diminuzione dell’uso del P.S., alla riduzione dei ricoveri sensibili al trattamento ambulatoriale, alla riduzione delle visite di controllo, al miglioramento del follow-up delle patologie croniche (scompenso-cardiopatici, diabete, I.R.C., B.P.C.O., ipertensione, vasculopatie, terminalità, s. ipocinetiche), al miglioramento della appropriatezza nell’uso della tecnologia pesante RM, alla diminuzione delle TC e alla gestione delle acuzie e dei relativi percorsi diagnostici (addominali, toracici, vascolari, muscolo-scheletrici). È evidente che l’inserimento della tecnologia in Medicina Generale richiede risorse, che possono essere reperite sia dal risparmio che il suo utilizzo indurrà nel sistema

sanitario (Sistema pubblico) sia privatamente dalle Srl-Coop di servizio o direttamente dal professionista qualora l’uso sia di tipo misto (convenzionato-libero professionale).

In quest’ultimo caso Fiduprof, il confidi a cui partecipa FIMMG, offre ai suoi Soci la possibilità di fidi a tassi particolarmente interessanti (Fimmgmatica in www.fimmg.org).

Non dobbiamo infatti dimenticare che, in un sistema che cambia, la Medicina Generale potrebbe avere un ruolo sussidiario nel fornire servizi all’utenza sia convenzionati con i SSR, come già è avvenuto in altri Ssn (Inghilterra), sia direttamente al cittadino, qualora lo ritenesse, per i più svariati motivi.

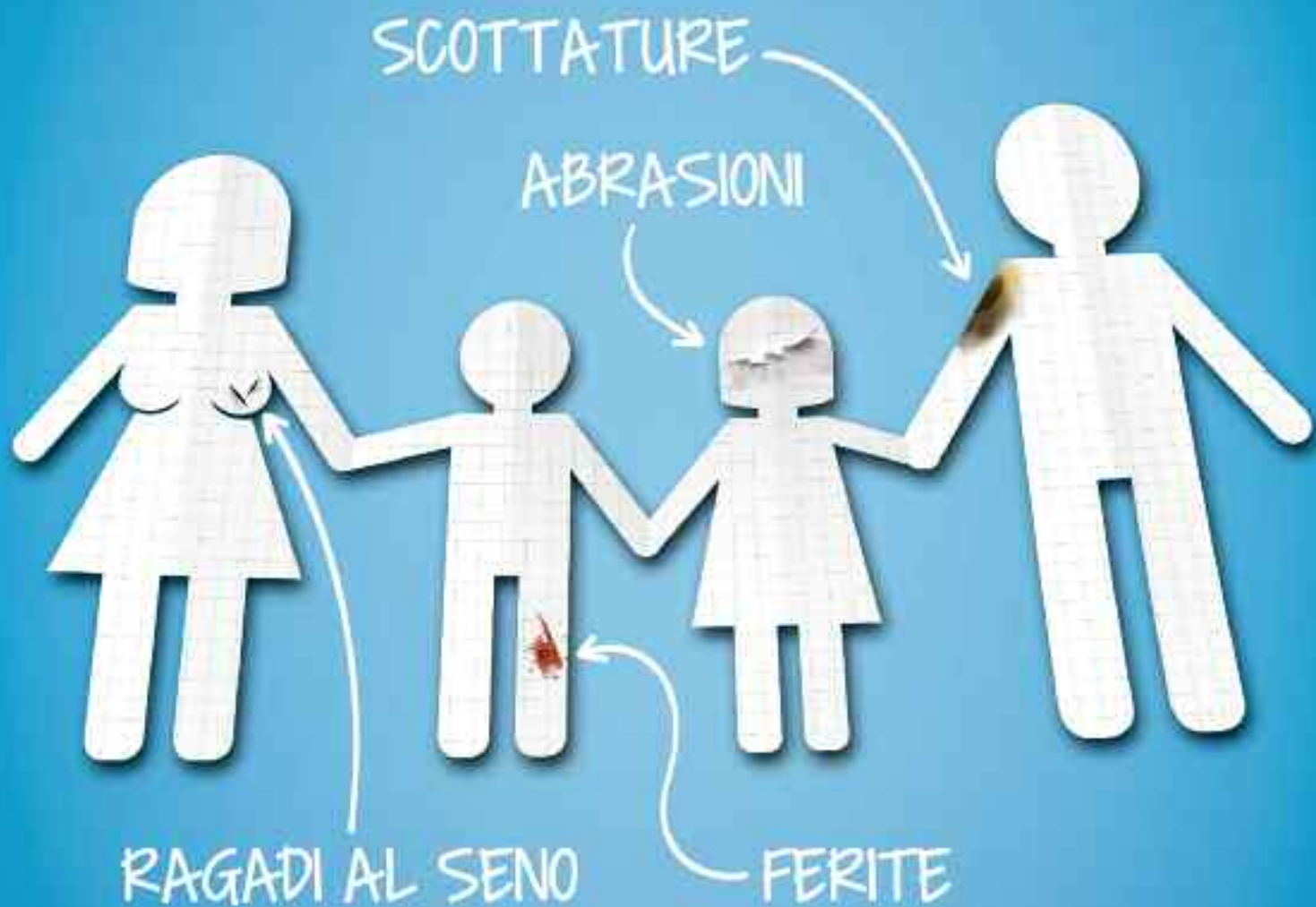
Se la Medicina Generale riuscirà ad innovarsi fornendo servizi di qualità e, contestualmente, continuerà a coltivare il rapporto fiduciario con il cittadino, risolvendo problemi sanitari in modo efficace, continuerà ad essere il Leader sanitario del territorio. Avere un ruolo forte e riconosciuto dall’utente consentirà di sviluppare accordi collettivi adeguati ai cambiamenti.

*Fimmg Parma



Riferimenti

- Meridiano Sanità. Rapporto finale 2013 Coordinate sanitarie. The European House Ambrosetti*
- Meridiano Sanità. Rapporto finale 2007 Coordinate sanitarie. The European House Ambrosetti*
- Bozza Patto sulla salute 2013-2015 ACN Medicina Generale*
- VII Health Serch 2011-12 . SIMG The Chronic Care Model - <http://www.improvingchroniccare.org>*
- Profili di Nucleo Cure Primarie Colorno, Busseto 2011-2012 E.R. - Thomas Jefferson University Philadelphia*
- Esperienze di assistenza primaria - Agenas . http://www.agenas.it/agenas_pdf/SupplMonAssistPrim3.pdf*
- Le Case della Salute : http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/case_della_salute_ottobre201*



Per le ferite superficiali o profonde
da oggi c'è un **lietofine**



Crema arricchita con colostro per una perfetta rigenerazione e protezione dei tessuti. Tutto questo è **LIETOFIX**

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

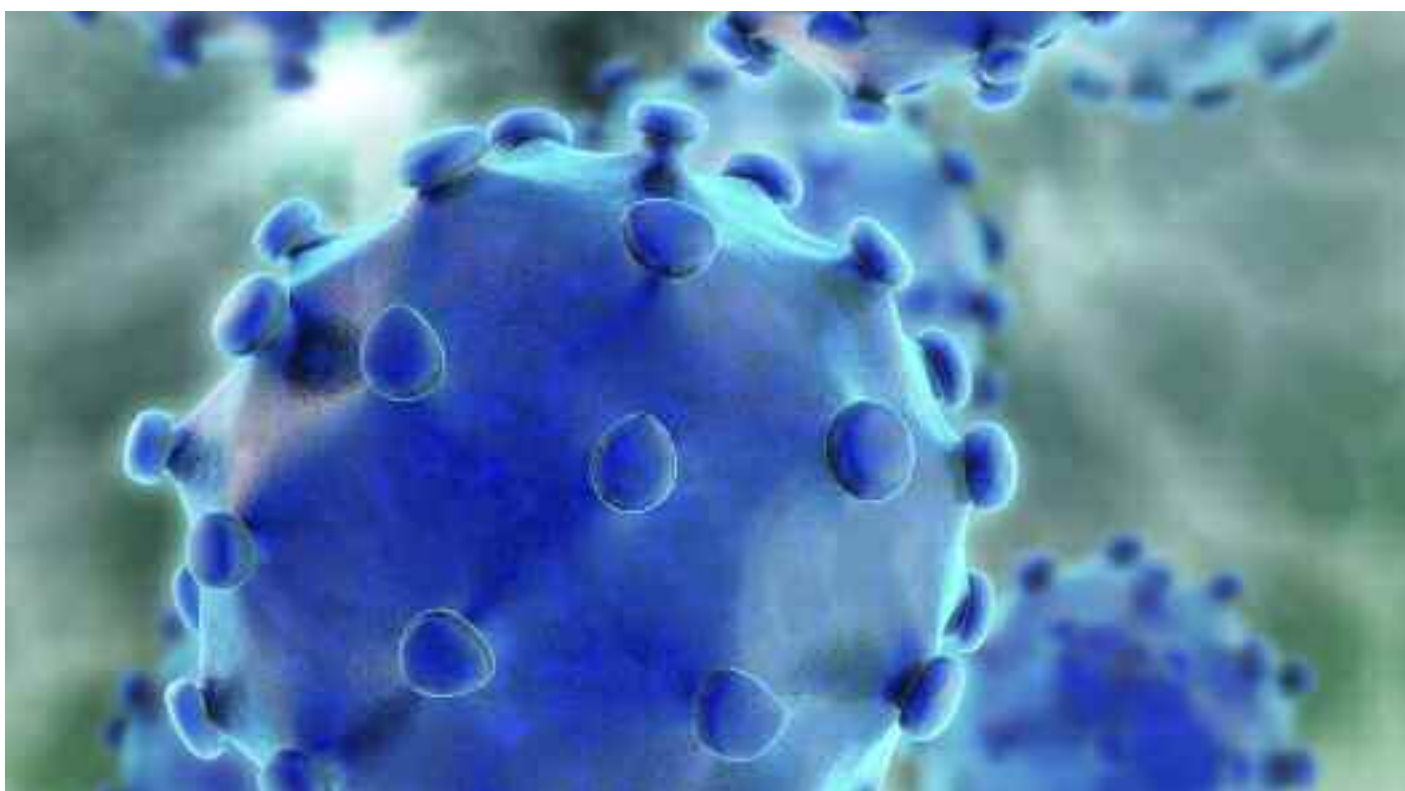
NATHURA.COM

NATHURA
Nutrizione Scientifica

Le novità nel trattamento antivirale

Nuovi orizzonti terapeutici per l'epatite C

Antonella Galli*, Walter Marrocco*



L' infezione da Hepatitis C Virus (HCV) rappresenta un rilevante problema di salute pubblica mondiale con una prevalenza europea compresa tra 0,4 e 3,5% ad ampia variazione geografica¹; essa è causa, da sola, del 70% circa di tutte le epatopatie.

In Italia la definizione del quadro epidemiologico dell'HCV si basa prevalentemente su studi regionali o locali^{2,3}, in misura minore a livello nazionale.

La diagnosi è sierologica e si basa sul riscontro di Anticorpi anti HCV (Ab anti-HCV) circolanti, la conferma necessita della ricerca di HCV RNA.

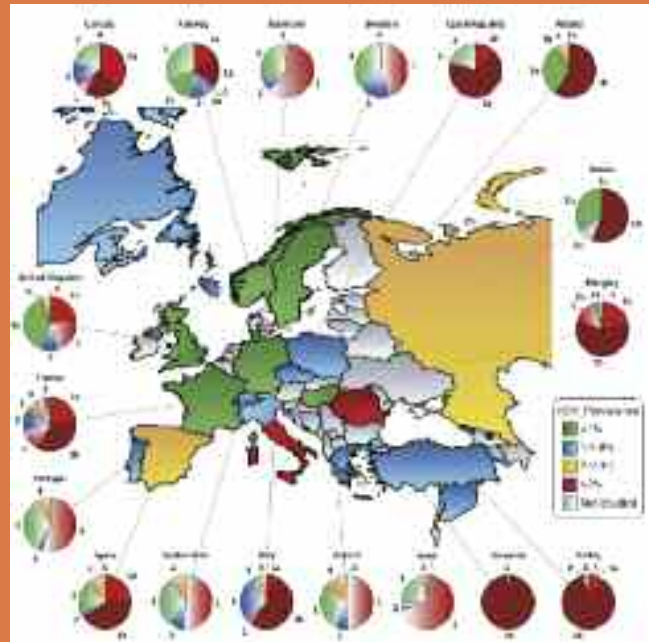
La storia naturale della malattia è caratterizzata da un'infezione acuta, spesso asintomatica che nel 54-86% dei casi (a seconda della popolazione osservata) va incontro a cronicizzazione con astenia come sintomo più frequente. Istologicamente la forma cronica è ca-

ratterizzata da infiammazione e fibrosi progressiva con possibile sovrvertimento sclero-nodulare del parenchima epatico (avviene nel 30% dei pazienti infetti⁴) arrivando così alla cirrosi, fase irreversibile che nei successivi 10-15 anni può condurre ad importanti complicanze quali varici esofagee, ascite ed encefalopatia con necessità di trapianto epatico⁵. La velocità di progressione in cirrosi è variabile ed è dipendente dalla presenza di cofattori in grado di accelerare il processo fibrotico come: sesso maschile, infezione contratta in tarda età⁶, alcolismo, obesità, diabete mellito di tipo II e insulino resistenza, immunodeficienza, fumo di sigaretta⁷, uso quotidiano di cannabis⁸.

Per questi motivi sono fortemente raccomandati sani stili di vita nei pazienti HCV positivi.

La cirrosi è tra i più importanti fattori di rischio per carcinoma epatocellulare⁹ (HCC) la cui incidenza annuale nei pazienti cirrotici è

Fig 1: prevalenza e distribuzione dei genotipi HCV in Europa, Canada e Israele; 2011.



alta, intorno a 1-4%¹⁰; mentre sono positivi all'HCV il 64-75% dei pazienti con HCC¹¹.

Sono stati identificati 7 genotipi di HCV¹² (individuati con numeri da 1 a 7) e numerosi sottotipi (individuati con le lettere) derivanti dall'alto tasso di mutazione del virus. Alcuni genotipi sono presenti in tutto il mondo, altri solo in determinate zone geografiche; il genotipo 1 è in assoluto il più diffuso (con il sottotipo 1b prevalente in Europa e l'1a negli USA), il genotipo 3a invece è frequente nei pazienti europei che hanno fatto uso di droghe per via endovenosa, il genotipo 7 è stato solo recentemente identificato in Belgio e Danimarca e sembra provenire dall'Africa centrale¹³.

Genotipi diversi hanno diversa patogenicità e diversa sensibilità alla terapia.

Quando non si contagia l'epatite C

L'epatite C non si contrae attraverso:

- abbracci, coccole e baci;
- strette di mano;
- tosse, starnuti;
- uso comune di servizi igienici e bagni;
- uso comune di piscine e saune;
- mangiando dallo stesso piatto con le stesse posate e bevendo dallo stesso bicchiere;
- cibo preparato da qualcuno HCV infetto;
- indossando o lavando gli stessi abiti di un portatore di HCV.



Il medico di famiglia ha il compito di aiutare il paziente e i suoi familiari a gestire con attenzione ma senza paure infondate la patologia, chiarendo ogni eventuale dubbio

L'epatite C può essere curata

Il trattamento antivirale ad oggi sembra l'unico mezzo per eradicare il virus¹⁴ ed ottenere la cosiddetta Risposta Virologica Sostenuta (RVS- livelli di HCV RNA assenti a 24 settimane dalla fine del trattamento), così da prevenire la progressione istologica verso la cirrosi. Nell'ultimo decennio questa terapia ha subito un'evoluzione significativa, passando nei primi anni '90, dalla monoterapia con alfa-interferone ricombinante (INF)¹⁵ alla terapia combinata INF e ribavirina¹⁶ (RBV) e solo più recentemente all'interferone alfa peghilato (PegINF) a lunga emivita da solo¹⁷ o in associazione a ribavirina¹⁸ (doppia terapia).

Dal 2011, in pazienti con infezioni HCV genotipo 1 non responsivi alla doppia terapia, sono stati studiati, in associazione a PegINF e RBV, gli inibitori delle proteasi, quali: Telaprevir (TVR)¹⁹ e Boceprevir (BOC)²⁰.

La diagnosi precoce dei soggetti infetti rappresenta comunque il passo decisivo per limitare la diffusione del virus tra la popolazione e quindi morbilità e mortalità HCV-correlate. In questo un'accurata anamnesi da parte del medico di medicina generale (MMG) è universalmente riconosciuta²¹ come evento fondamentale per individuare, tramite dosaggio di Ab anti HCV, i pazienti a rischio quali: tossicodipendenti, pazienti sottoposti a emodialisi o trasfusione prima del 1993²², soggetti con abitudini sessuali promiscue o che praticano attività omosessuale maschile, figli di madre infetta, partner di persone infette, soggetti che usano fare tatuaggi o piercing. Nel caso di positività (Ab)anti-HCV, confermata successivamente dalla presenza di valori dosabili di HCV RNA, il MMG ha come riferimento numerosi centri specialistici, diffusi su tutto il territorio nazionale, cui inviare il paziente per un corretto proseguimento del percorso diagnostico-terapeutico.

Il numero verde 800 88 11 66 o il sito internet www.epaclaro.vitacisano.it permettono con facilità di individuare il centro specialistico più vicino.

La Società Italiana per la ricerca in Epatologia (AISF)²³, che riconosce "il coinvolgimento dei MMG come fondamentale per il successo di strategie finalizzate a contrastare lo sviluppo delle malattie epatiche", suggerisce, oltre all'anamnesi dei fattori di rischio per la trasmissione di malattie virali epatiche, uno screening di tutti i

nuovi pazienti registrati presso il MMG, relativo alla valutazione di eventuale danno epatico attraverso il dosaggio di AST, ALT, GGT. Il medico di famiglia ha inoltre il compito di aiutare il paziente infetto e i suoi familiari a gestire con attenzione ma senza paure infondate la patologia, chiarendo ogni eventuale dubbio.

*SIMPEV (Società italiana di Medicina di Prevenzione e Stili di Vita)

Epatite C: conoscere e informare

In allegato a questo numero di *Avvenire Medico* trovate un opuscolo informativo sull'epatite C a cura di EpaC onlus.

L'opuscolo è un pratico aiuto al lavoro del medico di famiglia: riassume le informazioni su questa patologia, le risposte alle FAQ in merito e un elenco dei centri specializzati nelle diverse regioni italiane.

Note

- 1 Cornberg M, Razavi HA, Alberti A, Bernasconi E, Buti M, Cooper C et al. A systematic review of hepatitis C Virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. *Liver Int* 2011;31:30-60
- 2 Fabris P, Baldo V, Baldovin T, et al. Changing epidemiology of HCV and HBV infections in Northern Italy: a survey in the general population. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 527-32.
- 3 Montella M, Crispo A, Grimaldi M, et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in different population groups in southern Italy. *Infection* 2005; 33: 9-12.
- 4 Seeff LB, Hollinger FB, Alter HJ, Wright EC, Cain CMB, Buskell ZJ, Isahak KG et al. Long term mortality and morbidity of transfusion associated non-A, non-B and type C hepatitis: a National Heart Lung and blood Institute collaborative study. *Hepatology* 2001; 33:455-463.
- 5 Ghany MG, Kleiner DE, Alter H et al. Progression of fibrosis in chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 2003; 124(1):97-104
- 6 Grebely J, Dore GJ. What is killing people with hepatitis C virus infection? *Semin Liver Dis* 2011;31:331-339.
- 7 Seeff LB. The history of the "natural history" of hepatitis C (1968-2009). *Liver Int* 2009;29:89-99.
- 8 Mallat A, Hezode C, Lotersztajn S. Environmental factors as disease accelerators during chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2008;48:657-665.
- 9 El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2012;142:1264-73.
- 10 Fattovich G, Stroffolini T, Zagni I et al. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors. *Gastroenterology* 2004;127:S35-50.
- 11 European Center for Disease Prevention and Control. Hepatitis B and C in the EU neighborhood: prevalence, burden of disease and screening policies. Stockholm:ECDC; 2010. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Ter_100914_Hep_B_C%20_EU_neighbourhood.pdf.
- 12 Smith DB, Bukh J, Kuiken C, Muerhoff AS, Rice CM, Stapleton JT, et al. Expanded classification of hepatitis C virus into 7 genotypes and 67 Subtypes: updates criteria and assignment web resource. *Hepatology* 2013. <http://dx.doi.org/10.1002/hep.26744> (Epub ahead of print, PubMed PMID:24115039)
- 13 Murphy D, Chamberland J, Dandavino R, Sablon E. A new genotype of hepatitis C virus originating from central Africa. *Hepatology* 2007;46:623A.
- 14 Bernardinello E, Caberlotto C, Piovesan S, Mezzocolli I, Cavalletto L, Chemello L. Antiviral therapy may change natural history of hepatitis C: clinical and histological modifications in a cohort of naive and treated patients. *Farmaci* 2006; 30.
- 15 Hoofnagle JH, Di Bisceglie AM. The treatment of Chronic Viral Hepatitis. *N Engl J Med*, 1997;336:347-56.
- 16 Davis GL, Esteban-Mur R, Rustgi V et al. Interferon alfa 2b alone or in combination with ribavirin for the treatment of relapse of chronic non-A, non-B hepatitis. International Hepatitis Interventional Therapy Group. *N Engl J Med*, 1998;339(21):1493-9.
- 17 Zeuzem S, Feinman S.V., Rasenack J et al. Peginterferon alpha-2a in patients with chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 2000;343(23):1666-72.
- 18 Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR et al. Peginterferon Alpha-2a Plus Ribavirin for Chronic Hepatitis C virus Infection. *N Engl J Med*, 2002; 26, 347(13):975-82.
- 19 Jacobson IM, McHutchison JG, Dusheiko G, Di Bisceglie AM, Reddy KR, Bzowej NH et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. *N. Engl J Med* 2011;364:2405-2416.
- 20 Poordad F, McCone Jr J, Bacon BR, Bruno S, Manns MP, Sulkowski MS, et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2011;364:1195-1206.
- 21 Libro bianco AISF. Proposta per un piano Nazionale per il controllo delle malattie epatiche –definizioni ambiti e possibili interventi; 2011.
- 22 Cozzolongo R, Osella AR, Elba S et al. Epidemiology of HCV infection in the general population: a survey in a southern Italian town. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2740-6.
- 23 Libro bianco AISF. Proposta per un piano Nazionale per il controllo delle malattie epatiche –definizioni ambiti e possibili interventi. 2011.

Sindrome depressiva e TIA

Quando il problema è nel talamo

Stefano Attilio Nobili,*
Fabio Lyoi**

Il caso

La paziente, di 54 anni, si rivolge al medico di medicina generale riferendo la comparsa da circa una settimana di una sensazione di ottundimento sia a livello sensoriale che intellettuale; riporta inoltre una forma di dismnnesia, caratterizzata da capacità di fissazione, conservazione e rievocazione di informazioni e conoscenze in maniera povera di dettagli e scarsamente organizzate nel tempo e nello spazio.

Dall'anamnesi remota risulta che la donna è affetta da sindrome depressiva unipolare maggiore e ricorrente, diagnosticata circa vent'anni prima, e ora in terapia farmacologica con paroxetina 20 mg/die con soggetto benefico.

All'esame obiettivo generale: PA 120/80 mmHg, FC 76 r. Esame obiettivo cardiaco, toracico e addominale sono nella norma. Viene in seguito riscontrato, durante l'auscultazione dell'arteria carotide di destra, un soffio di intensità 2/6; a fronte di questo rilievo e della sua probabile correlazione con i sintomi riferiti, il curante decide di procedere con un esame obiettivo neurologico generale.

La paziente è vigile e collaborante, orientata sul sé, nello spazio e nel tempo; non si rilevano evidenti alterazioni dell'articolazione del linguaggio (disartria), della sua produzione e comprensione orale e scritta (afasia); l'eloquio risulta rallentato ed il volume della voce basso, ma queste sono consuete caratteristiche espressive della paziente, già note al medico. Non si riscontrano amnesie di breve medio o lungo termine.

I riflessi oculari evocati sono nella norma; le pupille sono isocicliche e isocoriche, con buona convergenza e accomodazione. I riflessi osteotendinei achilleo, bicipitale e tricipitale bilateralmente appaiono nella norma; si riscontra un modesto aumento della risposta riflessa alla stimolazione patellare di entrambe le gambe. Segno di Babinski assente.

La manovra di Romberg dà esito lievemente positivo verso destra, mostrando un segno di moderata compromissione della funzione vestibolare omolaterale.

Non si riscontrano deficit di forza, coordinazione, movimento,

né di sensibilità.

Il curante decide, nonostante il quadro obiettivo sia sfumato e compatibile con un peggioramento della sintomatologia depressiva della paziente, di inviarla per ulteriori accertamenti presso lo specialista neurologo.

Dopo circa una settimana, mentre si trova al lavoro, la paziente manifesta un episodio pre-sincopale caratterizzato da estrema debolezza ed obnubilamento del sensorio senza perdita di coscienza, a seguito del quale viene trasportata al più vicino pronto soccorso dai suoi familiari.

Il medico di guardia riscontra uno stato di confusione mentale (Glasgow Coma Scale = 13), afasia globale, diplopia. Non si rileva nistagmo.

Viene colà deciso un approfondimento diagnostico tramite TC encefalo smdc, che dà esito negativo; in seguito la paziente viene ricoverata per accertamenti. Rx torace, ECG ed esami ematochimici sono normali, e già in prima giornata la paziente presenta un miglioramento della sintomatologia d'ingresso. Viene dunque eseguito un Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, con riscontro di una placca non stenosante all'altezza del bulbo carotideo destro. La successiva RM cerebrale evidenzia una lesione ischemica in sede talamica destra. È molto probabile che la causa di questa lesione sostenuta da un TIA sia da ricercarsi nel distacco di un microembolo piastrinico dalla lesione ateromasi, che ha provocato l'occlusione dell'arteriola terminale deputata all'irrorazione del territorio talamico coinvolto.

Il quadro clinico della paziente migliora velocemente, con la conseguente dimissione in terza giornata con la sola terapia farmacologica antiaggregante (ASA 100 mg/die) e la sospensione della terapia antidepressiva. Il controllo neurologico a 15 giorni dalla dimissione conferma il miglioramento della sintomatologia e del quadro clinico.

Commento

Le patologie a eziologia cerebrovascolare non traumatica sono caratterizzate dall'insorgenza acuta di deficit neurologici focali



o globali e distinte in base al decorso clinico; quando questi perdurano oltre 24 ore, provocando sequele permanenti, o sono causa di decesso del paziente, vengono classificati come “stroke”. La remissione, invece, del quadro clinico entro le 24 ore dall’esordio comporta che vengano definiti “TIA” (Transitorial Ischemical Attack). Entrambe queste categorie di eventi riconoscono i medesimi meccanismi eziopatogenetici (1).

I dati italiani indicano che agli accidenti cerebrovascolari è attribuibile circa il 28% dei decessi dovuti alle malattie del sistema circolatorio: nel 2011 sono stati registrati 63.726 decessi (25.329 uomini e 38.397 donne) (2).

La prevalenza dello Stroke è dell’1,1% negli uomini e dello 0,8% nelle donne, mentre il TIA ha tasso dello 0,8% negli uomini e dello 0,6% nelle donne. L’incidenza è negli uomini pari a 2,7 per 1.000 per anno, nelle donne a 1,2 per 1.000; si è osservato che persone in età adulta (35-69 anni) con fattori di rischio favorevoli, cioè con pressione arteriosa uguale o inferiore a 120/80 mmHg, colesterolemia totale inferiore a 200 mg/dl, indice di massa corporea inferiore a 25 kg/m, non fumatori, non diabetici e che non assumono farmaci, sono quelle che nell’arco di 10 anni sviluppano un numero inferiore di eventi patologici (non sono stati registrati eventi coronarici e cerebrovascolari negli uomini; nelle donne non sono stati registrati eventi cerebrovascolari, solo 2 eventi coronarici) (3).

Da un punto di vista anatomico, i talami sono strutture simmetriche di forma ovoidale costituite da materia grigia e rappresentano la componente più voluminosa del diencefalo. Sono situati in stretto rapporto con il terzo ventricolo, la capsula interna e la radiazione ottica; la loro porzione posteriore costituisce il pulvinar ed i corpi genicolati laterali e mediali.

I nuclei talamici sono composti da 5 principali classi funzionali: nuclei reticolari e intralaminari che regolano il grado di attivazione della sostanza reticolare e modulano la nocicezione, nuclei intercalati in tutte le principali afferenze sensitive, nuclei intercalati lungo vie effettrici motorie e di articolazione del linguaggio, nuclei associativi che partecipano a funzioni cognitive superiori quali quelle mnestiche, e nuclei limbici coinvolti nella regolazione del tono dell’umore e dei meccanismi di gratificazione.

Esistono 4 principali territori vascolari talamici, dei quali fanno parte specifici gruppi di nuclei; lesioni vascolari danneggiano questi nuclei provocando sindromi cliniche caratteristiche. Va posto l’accento che quando è un solo talamo a essere danneggiato, il quadro clinico tende a risolversi per effetto della compensazione esercitata dalla struttura contro laterale (4).

L’arteria tuberotalamica origina dal terzo medio dell’a. comunicante posteriore e irroria il tratto mammillotalamico comprendente i nuclei anteriori; le caratteristiche principali d’infarto in que-

CASO CLINICO

st'area sono la compromissione della memoria a breve termine, difficoltà di apprendimento e disorientamento temporale. In caso di lesione sinistra possono verificarsi disturbi del linguaggio caratterizzati da anomia, con diminuzione della produzione verbale e alterazione della fluenza dell'eloquio e compromissione della comprensione verbale.

L'arteria paramediana origina dall'a. cerebrale posteriore e decorre in senso ascendente attraverso il talamo da ventro-mediale a latero-dorsale vascolarizzando il nucleo dorso-mediale, la lamina midollare interna e i nuclei intralaminari. Un evento infartuale in quest'area causa disturbi della vigilanza, dello stato di coscienza fino al coma e amnesia anterograda e retrograda; inoltre, alterazioni dello stato emotivo che variano dall'aggressività allo stato di agitazione, fino all'apatia. Sono spesso presenti segni neurologici quali asterixis, disturbi della convergenza oculare, oftalmoplegia e miosi pupillare.

Le arterie infero-laterali originano dall'a. cerebrale posteriore e si suddividono in tre fasci che irrorano il nucleo ventrale posteriore, il nucleo ventrale laterale e la regione subtalamica. La lesione ischemica di queste aree produce soprattutto disturbi motori e sensitivi controlaterali, tra i quali emianestesia, emiparesi transitoria, emiatassia e difficoltà nel mantenimento dell'equilibrio in stazione eretta.

Le arterie coroidali posteriori, al pari delle infero-laterali, originano dall'a. cerebrale posteriore e anch'esse si suddividono in fasci che raggiungono i corpi genicolati, il pulvinar e la porzione posteriore del talamo. Le manifestazioni cliniche caratteristiche di un infarto in quest'area includono quadrantopsia omonima, diminuzione del fisiologico nistagmo optocinetico, emianestesia con moderata emiparesi e afasia transcorticale (5).

Note

- 1) Ropper A.H. et al, Adams & Victor's. Principles of Neurology, 9th ed. 2009, McGraw-Hill
- 2) Istituto Superiore di Sanità, Relazione sullo stato sanitario del paese 2011, www.rssp.salute.gov.it
- 3) Istituto Superiore di Sanità, Progetto CUORE. Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebro vascolari 2013, www.cuore.iss.it/indicatori/Riassunto.asp
- 4) Brazis P.W. et al, Localization in clinical neurology, 5th ed 2007, Lippincott Williams & Wilkins
- 5) Schmahmann J. D., Vascular syndromes of the thalamus, Stroke, 2003; 34: 2264-2278

* *mmg, Fimmg Milano, Professore a contratto
Università di Milano, H S. Paolo*

Compagnia per la cura di
EpaCS

In collaborazione con
Fimmg **M.C.S.**

EPATITE C

**CURARLA
È SEMPRE PIÙ POSSIBILE**

Un Numero Verde per indirizzare
i pazienti ai Centri specialistici

Numero Verde gratuito
800 88 11 66

www.epachenovitacisano.it

Corso specialistico marzo-giugno 2014

Imparare a promuovere la salute

Al via i corsi della Società italiana di medicina preventiva e promozione degli stili di vita. Un'opportunità per il medico di famiglia di approfondire il proprio sapere nel campo di stili di vita sani, intesi come prevenzione, educazione, rendimento fisico e benessere, per sviluppare l'empowerment del paziente a prendersi cura di sé

Il benessere è oggi un tema di grande attualità ed anche l'OMS definisce la salute non solo come assenza di malattia ma soprattutto uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale", da raggiungere unendo un sano stile alimentare ed una regolare attività fisica, a comportamenti idonei che permettano non solo di "star bene" ma anche di "sentirsi bene".

Negli ultimi decenni la realtà italiana, così come è avvenuto per quella mondiale, è radicalmente cambiata e nel cambiamento è incluso lo stile di vita alimentare con il ridimensionamento del ruolo degli schemi nutrizionali tramandati e vagliati dalla nostra tradizione.

L'invecchiamento della popolazione ha portato a un aumento delle patologie croniche, che, in quanto tali, richiedono un dispendio economico sempre maggiore con un carico divenuto troppo pesante in una fase di risorse limitate.

Un'opportunità di risparmiare le scarse risorse, ottimizzandole, è quella di investire sulla prevenzione delle malattie, specie primaria, mediante la promozione di una cultura della salute, supportata da fonti qualificate e autorevoli, con modelli possibili per tutti i cittadini.

Tutta la comunità scientifica è orientata in questo senso: la prevenzione e la promozione di stili di vita sani sono le armi più valide per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare.

Inattività fisica e alimentazione scorretta sono tra i fattori responsabili dell'insorgenza di malattie croniche nella popolazione europea: per questo motivo l'Ufficio europeo dell'Oms,



in collaborazione con i ministeri della Salute e la Commissione europea, ha realizzato la mappatura delle politiche statali e regionali intraprese per contrastare l'insorgenza dell'obesità e promuovere attività fisica e corretta alimentazione. I risultati dell'indagine sono disponibili all'interno di un database, Who European database on Nutrition, Obesity and Physical Activity (Nopa) (Epicentro 26 maggio 2011).

Un intervento preventivo è utile a qualsiasi età, considerando che la salute dell'anziano dipende dall'impostazione di vita che si è dato da giovane.

Il medico di famiglia, proprio per la sua caratteristica di essere il principale referente del paziente-consumatore in fatto di salute, assu-

SIMPESV
Società Italiana di Medicina
di Prevenzione e degli Stili di Vita

me un ruolo fondamentale nel processo di educazione e prevenzione.

Conscia di questa realtà, la Fimmg, tramite la Scuola nazionale degli Stili di Vita, ha messo a disposizione dei medici di famiglia una serie di strumenti gestionali per la tutela della salute dei cittadini, utili alla crescita professionale della categoria.

Di seguito sono riportati alcuni Corsi di formazione 2014. Il Corso specialistico, di secondo livello, "per l'organizzazione e la ge-

stione di un ambulatorio degli Stili di Vita" è rivolto ai medici di medicina generale, che considerino conoscere o approfondire il proprio sapere nel campo degli stili di vita sani, intesi come prevenzione, educazione, rendimento fisico e benessere nell'intento di sviluppare quell'empowerment del paziente nel prendersi cura di sé, strumento fondamentale per il raggiungimento e il mantenimento di risultati di salute.

Corso specialistico

Il corso specialistico si suddivide in 5 moduli didattici di 2 giorni ciascuno, sviluppati nei week end (sabato dalle ore 10,00 dalle ore 18,00; domenica dalle ore 9,00 alle ore 13,00).

Informazioni generali:

- Periodo: 12 aprile 2014 – 22 giugno 2014
- Sede: Frascati (Roma), Villa Flora
- Programma di massima: 55 ore formative
- Corso destinato ai medici di Medicina Generale
- Partecipanti: 30
- È prevista una quota di partecipazione

1° Modulo (11 ore)

12-13 aprile 2014

- Inquadramento del profilo fisiologico e/o patologico del paziente
- Raccolta dati antropometrici
- Anamnesi generale
- Esame obiettivo
- Identificazione di patologie croniche correlate e/o concomitanti
- Profilo neurosensoriale del paziente (vista, udito, olfatto etc)
- Valutazione del rischio (cardiovascolare, respiratorio, articolare, etc)
- Prescrizione esami ematochimici e strumentali

- Inquadramento comportamentale del paziente
- Anamnesi alimentare e dell'attività motoria (diario)
- Comportamento sociale e capacità relazionali

2° Modulo (11 ore)

10-11 maggio 2014

- Valutazione della percezione del rischio
- Valutazione della disponibilità al cambiamento
- Tecniche di counseling per aumentare la motivazione
- Definizione delle priorità del paziente e degli obiettivi
- Definizione di un piano di intervento personalizzato

3° Modulo (11 ore)

24-25 maggio 2014

- Definizione di un piano di attività motoria
- Dall'anamnesi alla proposta operativa
- Modelli alimentari
- Nutraceutica e Nutrigenomica: nuovo frontiere di intervento dietetico-nutrizionale
- Gli Integratori
- Alimentazione e prevenzione primaria rivolta alla coppia in età fertile e alla donna in gravidanza
- Guida pratica all'elaborazione di un piano di trattamento dietoterapico (fisiologico e non).Dieta on line

4° Modulo (11 ore)

7-8 giugno 2014

- Valutazione della terapia farmacologica in atto
- Interazioni tra farmaci. Criticità e Opportunità
- Interazioni tra farmaci e nutrienti, nelle va-

- rie condizioni fisiologiche e patologiche
- Promozione e responsabilizzazione dell'autogestione della terapia farmacologica e dell'automedicazione da parte del paziente

5° Modulo (11 ore)

21-22 giugno 2014

- Follow up e valutazione dell'aderenza terapeutica del paziente
- Strategie e strumenti per aumentare l'aderenza terapeutica
- Organizzazione di un centro/ambulatorio dedicato agli Stili di Vita
- Gestione di un centro/ambulatorio dedicato agli Stili di Vita
- Informativa e Comunicazione delle attività di un centro/ambulatorio degli Stili di Vita
- Promozione delle attività di un centro/ambulatorio degli Stili di Vita

Moduli week end 2014

(sabato 10,00 - 18,00; domenica 9,00 - 13,00)

Informazioni generali:

- I corsi sono rivolti ai medici di Mg
- Ogni corso prevede un massimo di 20 partecipanti
- È prevista una quota di partecipazione

5-6 aprile 2014

Interazioni farmaci-nutrienti

14-15 giugno 2014

La nutraceutica e la nutrigenomica nelle varie condizioni e momenti della vita: applicazioni pratiche

Per maggiori informazioni visitare il sito: alimentazione.fimmg.org/corsi.htm



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 Millilo

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

Giuseppe Andrisani,
Gennaro Barbieri,
Fabio Bono, Lucia Conti,
Fiorenzo Corti,
Luciano Fassari,
Antonella Galli,
Paolo Giarrusso, Fabio Lyoi,
Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Stefano A. Nobili,
Giovanni Rodriguez,
Eugenio Santoro

Ufficio grafico

Barbara Rizzuti
Daniele Lucia

Stampa

Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di febbraio 2014

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

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

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

Io posso

*essere orgogliosa di far parte
di un team in cui ognuno
garantisce la qualità dei nostri
prodotti, indipendentemente
dal luogo di produzione.*

Io posso...

perché

Mylan è una delle maggiori e affermate aziende al mondo produttrici di farmaci equivalenti e specialistici. I nostri team conducono accurati controlli su tutti i medicinali, dal principio attivo alla distribuzione.

In Mylan, la priorità siete voi e i vostri pazienti.

Visitate YourMylan.com

Veronique

Mylan Plant Senior Director

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

Mylan

Seeing
is believing

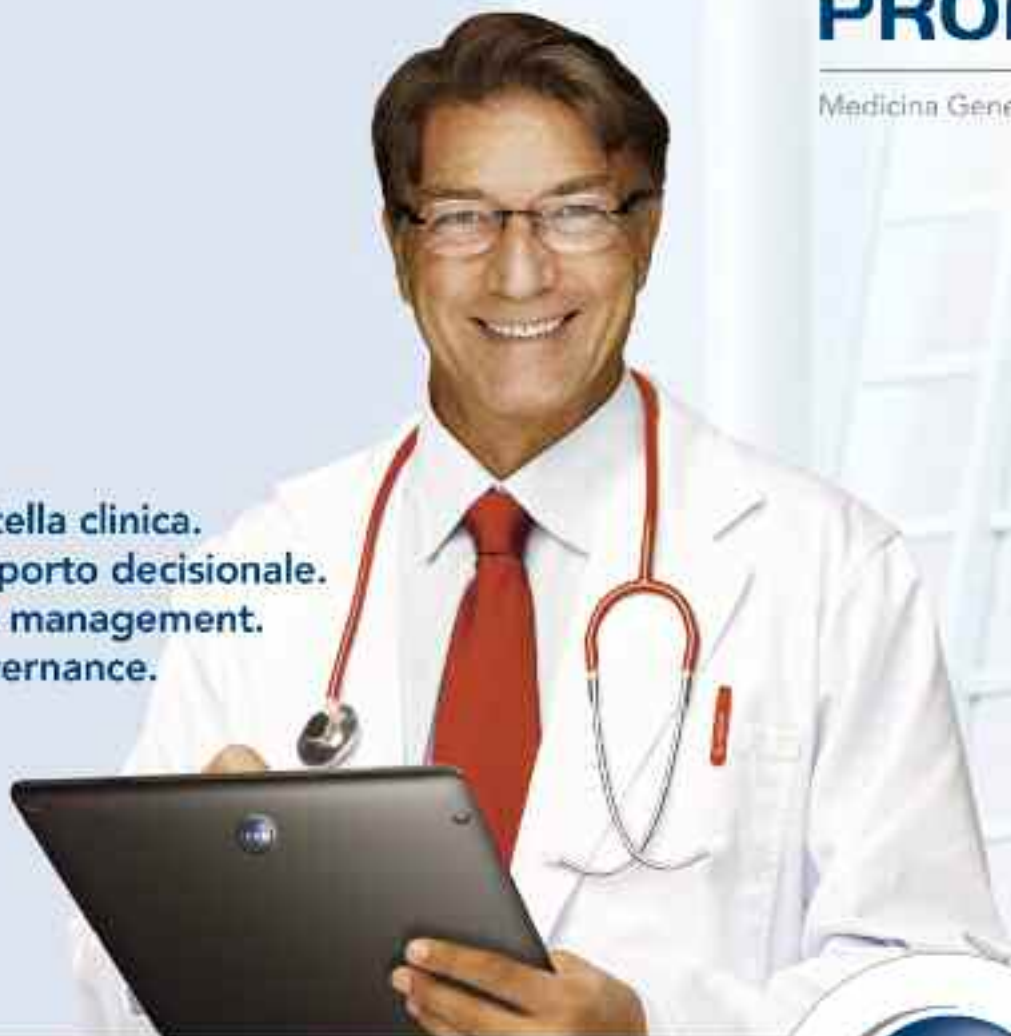
NUVETEN
MIL

PROFIM®

Medicina Generale



**Cartella clinica.
Supporto decisionale.
Risk management.
Governance.**



Synchronizing Healthcare



**CompuGroup
Medical**

Benvenuto in "PROFIM più", la soluzione completa di prodotti e servizi, per la professione svolta in ambulatorio ed in mobilità. Non più solo un software di cartella clinica ma una serie di servizi innovativi, semplici e funzionali, con cui PROFIM interagisce.

Per riscoprire il piacere di essere medico, semplicemente.

PROFIM è anche integrato con:

CGM DOCUMENTS

CGM LIFE e SERVICES

www.compu-group.com

www.compu-group.com

 **800.011.781**

www.profimweb.it

