

**6 FARMACI**

Riparte il gruppo dei medici di Medicina Generale in Aifa

**8 CENTRO STUDI FIMMG**

Indagine sull'utilizzo delle tecnologie digitali nella professione

**13 ATTUALITÀ**

Cosa fare contro le "bufale" sulla salute

**APPROVATO  
IL DECRETO VACCINI**

**FIMMG:**  
"Non faremo mancare  
la nostra collaborazione"

**VACCINI:  
OBBLIGATORI  
E GRATUITI**

**am**  
**AVVENIRE  
MEDICO**

IL MENSILE DELLA FIMMG  
NUMERO 3 - 2017 ANNO LV

**FIMMG**  
Federazione Italiana Medici di Famiglia  
**M**

## RIFORMA DEGLI ORDINI

### NELL'INTERESSE DEI CITTADINI E DEI PROFESSIONISTI SERVE PIÙ CHIAREZZA

**Nel nostro ordinamento gli Ordini professionali hanno un ruolo di garanzia, nell'interesse dei cittadini che chiedono una prestazione ai professionisti e a tutela degli stessi professionisti, affinché il loro lavoro non sia fagocitato dalle leggi di mercato.**

Da molti anni il Parlamento è impegnato a scrivere una riforma degli Ordini delle professioni sanitarie che, salvaguardando questi due aspetti fondamentali, sappia dare spazio alle nuove professioni che si sono andate formando.

Un lavoro difficile e paziente, che rischia di essere stravolto in questa fase finale, con i nuovi emendamenti che intervengono sul testo del disegno di legge Lorenzin, creando una costellazione di Ordini, senza un vero ripensamento complessivo delle professioni sanitarie.

Il rischio è che, piuttosto che fare chiarezza nella realtà che si è andata creando in questi anni, a partire dai percorsi formativi, si faccia ulteriore confusione nei cittadini, già disorientati dal proliferare di figure con specifiche competenze dai contorni spesso poco chiari persino a chi opera all'interno del sistema sanitario.

Quanto ai nuovi meccanismi elettorali previsti per gli Ordini, per quanto mossi dal nobile scopo di garantire maggiore partecipazione al voto e maggiore rappresentatività, si sbaglia bersaglio: spostare il luogo delle votazioni all'interno degli ospedali rischia solo di frammentare la categoria medica e creare nuove conflittualità tra ospedalieri, liberi professionisti e medici convenzionati.

Da alcuni anni stiamo cercando, con maggior impegno, di unificare la professione medica partendo dai temi etici che sono alla base della nostra attività professionale e questa scelta andrebbe in direzione opposta e divisiva.

Così come credo non sia utile a promuovere il tema della rappresentanza di genere il sistema semplicistico delle quote, mentre la migliore risposta è la presenza ai vertici della Fnomceo di una donna di grande valore come Roberta Chersevani, che è un esempio di stimolo alla partecipazione per tutte le donne medico. Quanto al voto elettronico, introdotto anch'esso dagli emendamenti, sarebbe un unicum in Italia, portando maggiori costi e maggiori difficoltà di gestione che impatterebbero soprattutto sui piccoli Ordini.

Dobbiamo far valere il nostro parere e le nostre idee, a cominciare dall'assemblea che Silvestro Scotti, segretario nazionale della Fimmg, ha convocato a Roma per il 23 giugno con i presidenti degli Ordini e che fornirà materiali alla discussione prevista per il giorno successivo nel Consiglio nazionale Fnomceo, sempre sul tema del ddl di riforma degli Ordini.

Come professionisti, come medici, come cittadini che hanno a cuore il servizio sanitario del Paese, dobbiamo vigilare perché la riforma degli Ordini sia un vero strumento di modernizzazione e non un pericoloso pasticcio.

#### IL MENSILE DELLA FIMMG



Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25  
00144 Roma  
TEL 06.54896625  
FAX 06.54896645  
[www.fimmg.it](http://www.fimmg.it)

**Direttore responsabile**  
Firenze Corti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Coordinamento editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Fabio Bono, Angelo Campanini, Lucia Conti, Bruno Cristiano, Antonella Galli, Andrea Le Pera, Daniela Livadiotti, Ester Maragò, Walter Marrocco, Paolo Misericordia, Stefano A. Nobili, Andrea Petrucci, Claudio Ravandoni, Giovanni Rodriguez, Chiara Sgarbossa, Andrea Stimamiglio

**Progetto grafico e impaginazione**



Edizioni Health Communication

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via V. Carpaccio 18  
00147 Roma  
[redazione@hcom.it](mailto:redazione@hcom.it)  
TEL 06.59.44.61

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo

Registrazione al Tribunale di Bologna n. 7381 del 19/11/2003

Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, dcb Roma  
Finito di stampare  
nel mese di giugno 2017

**12 VACCINI** per ragazze e ragazzi fino a 16 anni

# OBBLIGATORI E GRATUITI

Una risposta forte al calo di vaccinazioni che si è registrato negli ultimi anni e che stava facendo riaffiorare il contagio per le malattie a rischio epidemico. La Fimmg plaude all'intervento della ministra Lorenzin



Beatrice Lorenzin

UN DECRETO LEGGE approvato il 7 giugno e una circolare ministeriale con le prime indicazioni operative che porta la data del 10 giugno. Così la ministra Lorenzin è intervenuta con decisione sul tema dei vaccini, rendendo obbligatorie per i minori da 0 a 16 anni le vaccinazioni nei confronti di malattie a rischio epidemico, al fine di raggiungere e mantenere la soglia di copertura vaccinale del 95%, come raccomandato dall'OMS per garantire la “immunità di gregge”.

La circolare sottolinea l'importanza di una stretta collaborazione tra tutte le componenti dell'amministrazione statale e territoriale, e non solo del Ssn, al fine di rendere effettivo l'obbligo vaccinale e garantire il bene della tutela della salute, individuale e collettiva.

È chiaro che le vaccinazioni per le quali è introdotto l'obbligo sono gratuite in quanto già incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza e l'obbligo riguarda anche

i richiami. Inoltre, nel documento si precisa che l'obbligo vaccinale riguarda anche i minori stranieri non accompagnati, vale a dire i minorenni non aventi cittadinanza italiana o dell'Unione Europea che si trovano per qualsiasi causa nel territorio dello Stato, privi di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per loro legalmente responsabili; per loro è infatti prevista l'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno.

A seconda dell'anno di nascita, e del Calendario vaccinale nazionale in quell'anno, bambine e bambini dovranno mettersi in regola (entro nove mesi da ora) con gli obblighi vaccinali, necessari anche per l'iscrizione e la frequenza nelle scuole. Saranno i medici a dover indicare alle famiglie quali siano le vaccinazioni e i richiami da fare, caso per caso. Per sostenere i medici di Medicina Generale in questo lavoro, Fimmg e Simg hanno messo a punto una “Sintesi dei nuovi obblighi vaccinali”, disponibile sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org).

**Le dodici vaccinazioni obbligatorie (da zero a 16 anni e 364 giorni)**

anti-poliomielitica

anti-difterica

anti-tetanica

anti-epatite B

anti-pertosse

anti-Haemophilus influenzae e tipo b

anti-meningococcica B

anti-meningococcica C

anti-morbillo

anti-rosolia

anti-parotite

anti-varicella

LO DICE  
LA FIMMG

### Scotti: Non faremo mancare la nostra collaborazione

“Esprimo soddisfazione per il percorso effettuato dal ministero della Salute sul decreto vaccini”, ha dichiarato Silvestro Scotti a nome della Fimmg, sottolineando “il ruolo dei medici di famiglia, come riferimento, insieme ai pediatri delle mamme e dei papà italiani, per il raggiungimento degli obiettivi, che passa anche attraverso il compito importante di informare la popolazione sulle caratteristiche del decreto”. “Noi non faremo mancare

la nostra collaborazione” ha ribadito il segretario nazionale della Fimmg, aggiungendo che questo “è il momento giusto perché le Regioni producano un nuovo atto di indirizzo per l'ACN della Medicina Generale che dia un nuovo ruolo e nuove responsabilità ai medici di famiglia sulle pratiche e sulle coperture vaccinali e renda possibile quel coordinamento informativo tra noi, i pediatri di famiglia e i servizi di prevenzione vaccinale, come prevede anche la normativa sui Lea”.





## RIPARTE IL GRUPPO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN AIFA

Il 3 maggio scorso si è riunito, per la prima volta, il neo-ricostituito Gruppo di lavoro Aifa per le Cure Primarie, composto dalle varie Sigle di rappresentanza, con la presenza per Fimmg di Fiorenzo Corti e Walter Marrocco.

IL GRUPPO, che vede anche l'inserimento dei Pediatri di libera scelta e dei Farmacisti, fa seguito al precedente, già operativo in AIFA sino a circa due anni fa, con l'obiettivo di riattivare quella collaborazione con la MG che si era interrotta. Quindi si riparte, anche con l'auspicio di riattivare quella presenza nella Commissione Tecnico Scientifica Aifa (CTS), sempre interrotta circa due anni fa, nonostante gli ottimi risultati prodotti, attraverso il dialogo preventivo tra le parti. Il Gruppo, anche su mandato del Direttore Generale dell'Agenzia Mario Melazzini, intende proseguire, tenendo conto dei risultati precedenti, in particolare facendo riferimento ai contenuti del Do-

cumento Programmatico Medicina Generale Aifa, pubblicato nel marzo del 2012 ([http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/doc\\_prog\\_mmg\\_aifa\\_19.3.2012.pdf](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/doc_prog_mmg_aifa_19.3.2012.pdf)).

Partendo dal presupposto che il medico di Medicina Generale è uno dei principali attori della gestione dei farmaci a beneficio dei pazienti, i punti cardine da cui partire per questa rinnovata collaborazione sono:

- i dati OSMED, pubblicati da AIFA, che mettono in evidenza come la MG presti particolare attenzione ai bisogni del paziente e ai bisogni di sostenibilità del sistema;
- il ruolo fondamentale dei mmg nel realizzare la presa in cura dei pazienti, in particolare quelli affetti da patologie croniche, anche alla luce del PNC (Piano Nazionale Cronicità);
- il contributo che la MG può offrire al sistema sanitario, producendo, anche

grazie ai suoi Data Base, dati epidemiologici, misure su indicatori di processo e di esito in riferimento alle patologie territoriali e alla attività assistenziale svolta. In una prospettiva complessiva, la MG intende collaborare con Aifa per valutare la qualità e la quantità di salute prodotta dai Farmaci, per una migliore definizione del *Place in Therapy* e del loro valore per il Ssn, attraverso una valutazione del valore clinico, della sicurezza, della adattabilità di uso in MG, delle valutazioni di HTA (Health Technology Assessment).

In particolare però il Gruppo, anche su mandato di Mario Melazzini, intende riprendere da subito il Progetto dell'uso dei PPTT in MG, che potrebbe svilupparsi, in fase iniziale su almeno due ambiti, tra quelli già individuati: BPCO, Anticoagulanti Orali di nuova generazione, Diabete (Incretine), Osteoporosi.

# Attività del Gruppo di lavoro dei medici di Medicina Generale in Aifa

## LA PROPOSTA FIMMG

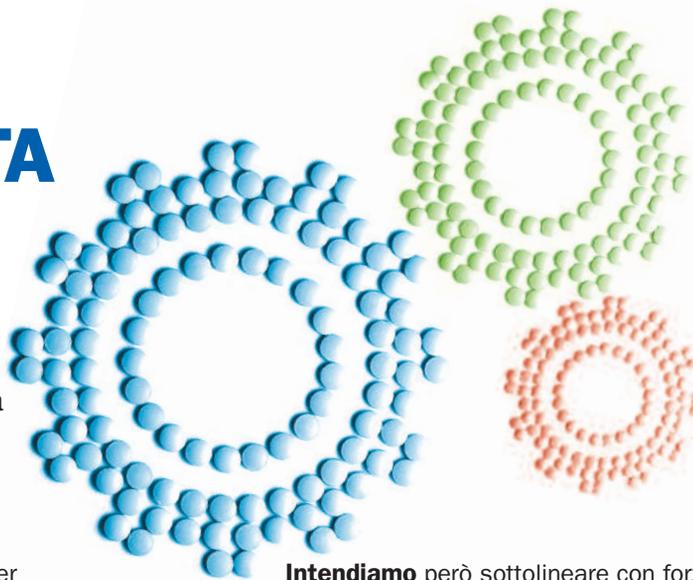
Testo della proposta ufficiale che i rappresentanti Fimmg hanno presentato all'Aifa per delineare le linee di operatività del Gruppo di lavoro.

**Il farmaco** è un importante e irrinunciabile strumento tecnologico per la cura, prevenzione, riabilitazione e diagnosi dei pazienti.

L'uso appropriato dei farmaci richiede un adeguato livello di conoscenze tecnico-scientifiche, di competenze professionali e di consapevolezza del rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio da parte di chi li prescrive (medici), li dispensa (farmacisti) e li utilizza (personale sanitario e pazienti). L'uso appropriato dei farmaci è anche una delle condizioni essenziali per contenere la spesa farmaceutica (pubblica e privata) entro i limiti della sostenibilità economica della società e in particolare del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

**Il medico** di Medicina Generale (mmg) è uno dei principali attori della gestione dei farmaci a beneficio dei pazienti. Come erogatore di assistenza di primo livello, il mmg è direttamente implicato nella scelta appropriata e nell'utilizzo efficiente della maggior parte dei farmaci. Inoltre, avendo la tutela complessiva della salute dei pazienti che a lui si affidano, al mmg è anche richiesto di gestire le terapie farmacologiche prescritte da specialisti ambulatoriali e ospedalieri, garantendo la continuità delle cure in un'ottica di condivisione responsabile di obiettivi e di strumenti.

**Sosteniamo** come la MG abbia sempre, e ancor più oggi, voluto dare il suo fondamentale contributo all'uso del bene farmaco, ponendosi a disposizione del Servizio sanitario nazionale e ottenendo importanti risultati, vedi i dati Osmed pubblicati da Aifa, che evidenziano attenzione ai bisogni del paziente e ai bisogni di sostenibilità del sistema anche, attraverso il rispetto delle decisioni regolatorie.



**Intendiamo** però sottolineare con forza come la sostenibilità economico-finanziaria del Servizio sanitario nazionale e le relative implicazioni in termini di accesso al farmaco non possano limitarsi al mero aspetto contabile, al solo scopo di valutare e monitorare il costo dei farmaci, ma soprattutto debbano guardare con attenzione al "tipo" e alla "quantità" di salute che, con l'accesso al farmaco, si possa produrre: in base a queste valutazioni potrà essere ricavato l'orientamento terapeutico.

**Per proporre** un orientamento sulle principali linee prescrittive dedicate a obiettivi di salute in assistenza primaria, riteniamo pertanto necessario valorizzare un approccio olistico al bene farmaco, con una piena valorizzazione della MG, che passi attraverso un'analisi comparata dei costi globali di gestione delle patologie in esame, principalmente le patologie croniche.

**La partecipazione** della MG all'analisi del profilo farmacologico-clinico di un medicinale (caratteristiche del farmaco, sintesi dei dati di efficacia sperimentale, alternative terapeutiche disponibili, grado di innovatività esistente, valutazione dell'efficacia reale, eventuale progetto di risk management), può rappresentare un valido ausilio per il medico prescrittore nella scelta terapeutica da adottare, con l'obiettivo di promuovere e tutelare la salute dei propri assistiti pur nel rispetto di una adeguata valutazione costo-beneficio. Tutto questo si dovrà realizzare nella presa in cura dei pazienti, in particolare quelli affetti da patologie croniche, ambito affidato dalle norme vigenti alla MG, attraverso la possibilità di prescrivere i farmaci nel rispetto delle norme regolatorie di garanzia per il paziente (vedi Piani

Terapeutici, ecc), senza però discriminazione del prescrittore, se non per particolari ambiti. Vedi in particolare il PNC (Piano Nazionale Cronicità), che identifica il mmg come l'attore primario della presa in carico del paziente affetto da Cronicità, impedendone la frammentazione della cura globale.

**La MG è**, inoltre, in grado di produrre dati epidemiologici, misure su indicatori di processo e di esito in riferimento alle patologie territoriali e alla attività assistenziale svolta. In particolare possono essere fornite informazioni di dettaglio sulle relazioni tra scenari epidemiologici, quadri clinici, eventi prescrittivi ed assunzioni di farmaci. Da qualche tempo la MG dispone infatti di una piattaforma di aggregazione e archiviazione di dati in cloud estratti dai gestionali ambulatoriali, funzionale ai sistemi di rete professionale, attraverso cui vengono offerti al medico servizi di audit e benchmarking orientati al miglioramento delle performance professionali, da cui possono derivare fondamentali informazioni su dati aggregati da poter condividere anche con i livelli istituzionali.

**Riteniamo quindi fondamentale la collaborazione della MG con l'Aifa che in sintesi si potrebbe così sviluppare:**

In un'ottica di costo-beneficio assegnare ai farmaci:

- valore clinico;
- sicurezza;
- adattabilità di uso in MG;
- valutazioni di HTA.

**La MG potrà** così dare consigli in merito all'opportunità di prescrivere prodotti nelle cure primarie in accordo con la buona pratica clinica, con particolare attenzione alla sicurezza dei pazienti, di produrre un orientamento sulle principali questioni di prescrizione per le cure primarie e di definire, attraverso una maggiore appropriatezza d'uso dei farmaci, una maggiore collaborazione tra il mmg e lo specialista per consentire un'ottimale cura del paziente, anche attraverso la partecipazione agli stessi strumenti regolatori utilizzati nel momento prescrittivo, vedi Note, Piani Terapeutici e Registri.

**Riteniamo** di dover proporre ambiti operativi immediati che, per il livello di analisi e di decisioni già avanzate possano essere da subito temi dell'istituendo Gruppo della MG in AIFA.

**Ci riferiamo** nello specifico all'attuazione del Progetto dell'uso dei PPTT in MG, che potrebbe svilupparsi, in fase iniziale su almeno due ambiti, tra quelli già individuati: BPCO, Anticoagulanti Orali di nuova generazione, Incretine.

## L'UTILIZZO DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLA PROFESSIONE

# I MMG CERCANO SERVIZI DIGITALI UTILI E DICONO "NO" AL PROMEMORIA CARTACEO

Elaborate le risposte di 540 medici, distribuiti sull'intero territorio nazionale. Esplorati diversi aspetti: dall'utilizzo degli strumenti digitali, alle percezioni e sensibilità dei medici circa l'utilità e l'adeguatezza delle soluzioni ICT rese attualmente disponibili

**Paolo Misericordia**  
Responsabile  
Area ICT di Fimmg

**Chiara Sgarbossa**  
Direttore Osservatorio  
Innovazione Digitale  
in Sanità,  
School of  
Management del  
Politecnico  
di Milano

NEL MESE DI APRILE 2017, il Centro Studi della Fimmg in collaborazione con l'Osservatorio *Innovazione Digitale in Sanità* della School of Management del Politecnico di Milano e con il supporto di DoxaPharma, ha realizzato un'indagine campionaria, condotta per via telematica presso i medici di Medicina Generale iscritti alla Fimmg, sull'utilizzo delle tecnologie digitali nella professione. I risultati sono stati presentati ad un Convegno tenutosi il 4 maggio scorso, presso il Politecnico di Milano. L'iniziativa è parte di una collaborazione consolidata tra il Centro Studi della Fimmg e l'Osservatorio *Innovazione Digitale* del Politecnico che, oramai da diversi anni, svolge le funzioni di monitor sulla diffusione dell'ICT presso la Medicina Generale italiana. Sono state elaborate le risposte di 540

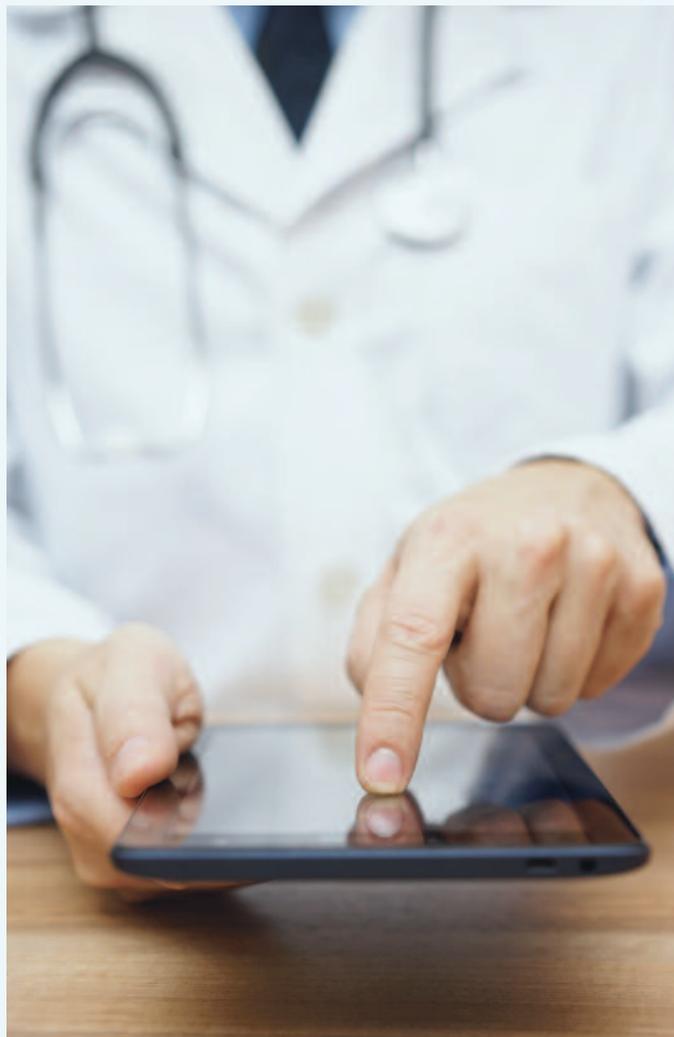
medici, distribuiti sull'intero territorio nazionale.

Sono stati esplorati diversi aspetti: dall'utilizzo degli strumenti digitali, alle percezioni e sensibilità dei medici circa l'utilità e l'adeguatezza delle soluzioni ICT rese attualmente disponibili.

Poiché l'indagine è stata condotta su queste tematiche nell'ambito di una valutazione complessiva del sistema "sanità" del nostro paese, è stato possibile apprezzare anzitutto come i mmg siano gli unici attori (tra strutture sanitarie, Regioni e Ministero della Salute) che, rispetto all'anno precedente, abbiano incrementato gli investimenti nel digitale (+3%).

Tra i servizi digitali maggiormente fruiti dai medici ci sono: la consultazione online di dati di laboratorio, utilizzata dal 47% del campione, quella di referti specialistici (32%), di referti di diagnostica per immagini (30%). Solo un medico su quattro ha consultato online le lettere di dimissione ospedaliere e il 22% verbali di pronto soccorso. Come nelle rilevazioni condotte negli altri anni, molto alta appare la percentuale di coloro che, pur

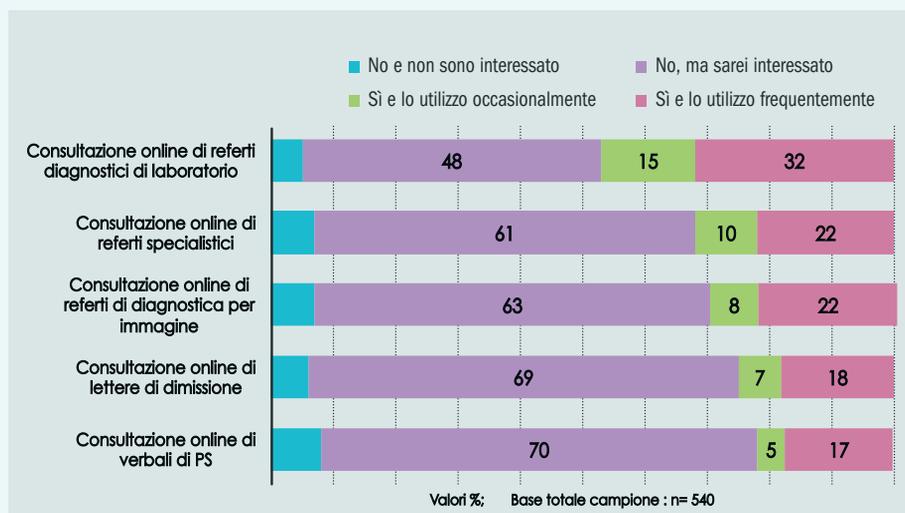
non essendo in condizione di poter fruire di tali strumenti digitali, dichiarano di essere interessati a farlo. Solamente quote residuali del campione (dal 5 all'8%) si dichiarano non interessate (Fig. 1). I medici ritengono importante l'uso di questi servizi nella professione: sono tutti giudicati rilevanti, riscuotendo un punteggio superiore a 4,5 in una valutazione espressa su una scala da 1 a 5. Nonostante questo, rimane ancora elevata (66%) la quota dei medici che, pur appartenendo a regioni in cui è stato già attivato il FSE, dichiarano di non avere mai utilizzato i suoi servizi. Dall'analisi dei risultati sembra probabile quindi che molti dei servizi online sopra menzionati siano utilizzati al di fuori dal FSE. Per cercare di analizzare complessivamente il fenomeno della digitalizzazione della MG, in considerazione della presenza di progetti ancora non completamente realizzati (come quello della dematerializzazione della ricetta), ai medici è stato chiesto di pronunciarsi in merito alla permanenza del promemoria cartaceo (Fig. 2). L'85% del campione ne auspica una ra-



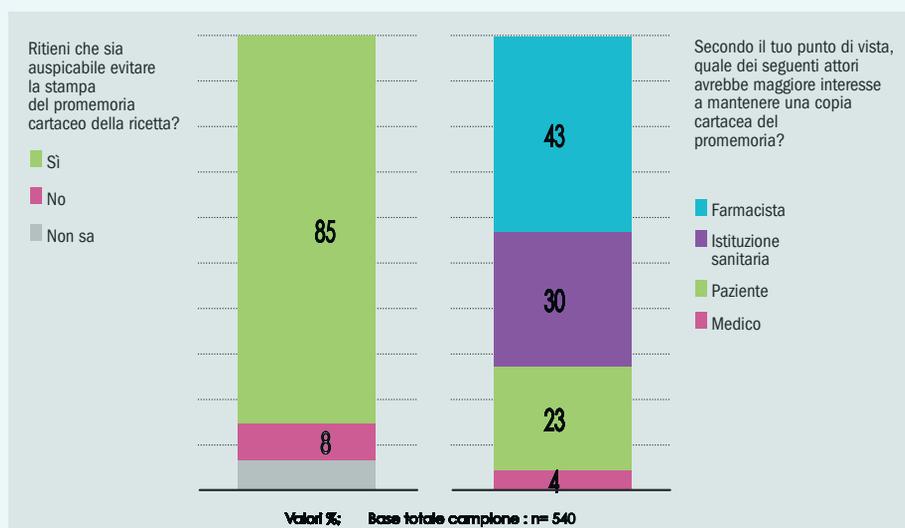
**Ai medici è stato chiesto di pronunciarsi in merito alla permanenza del promemoria cartaceo**

...pida scomparsa, attendendosi da questo una agevolazione per i pazienti nell'approvvigionamento delle terapie continuative (il 76% dei medici fornisce un punteggio compreso tra 7 e 10, come mostrato in Fig.3), un aumento del tempo a disposizione del medico per dedicarsi ad aspetti più qualificanti della professione (punteggio tra 7 e 10 per il 72% del campione), una complessiva riduzione dei flussi ambulatoriali dei pazienti (da 7 a 10 il 68% del campione). Dalla scomparsa del promemoria non dovrebbero verificarsi, d'altronde, conseguenze negative: i medici credono che sarebbero molto contenuti rischi per i pazienti di non ricevere i medicinali prescritti in caso di malfunzionamento del sistema o possibili confusioni rispetto ai farmaci prescritti; viene ritenuta poco probabile l'ipotesi di una riduzione della capacità di intercettare precocemente i problemi dei pazienti per una riduzione della loro frequentazione ambulatoriale (solo il 7% dei medici si dichiara molto d'accordo) e quella di un affievolimento del rapporto medico-paziente (solo il 4% è molto d'accordo). Il campione attribuisce pre-

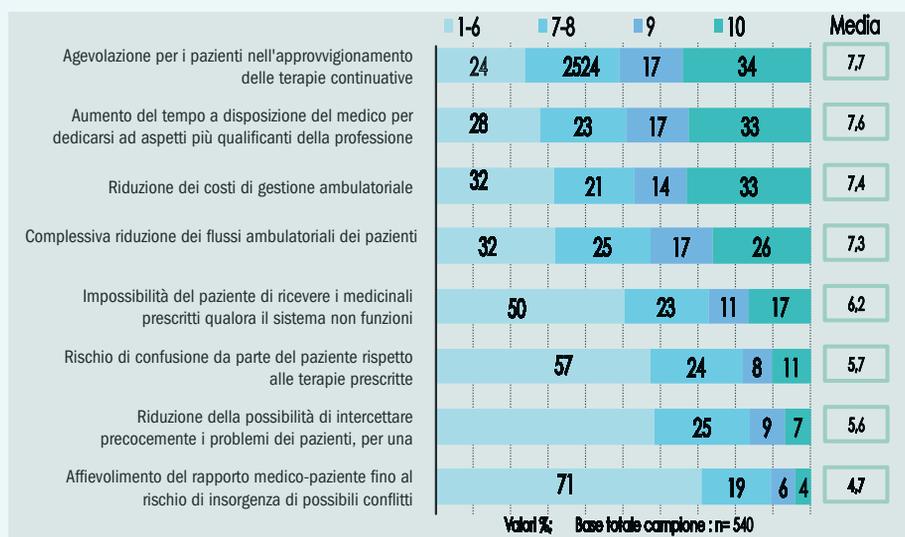
**Fig. 1. Potresti indicare quali dei seguenti servizi hai utilizzato nell'ultimo anno, e se sei interessato a utilizzarli?**

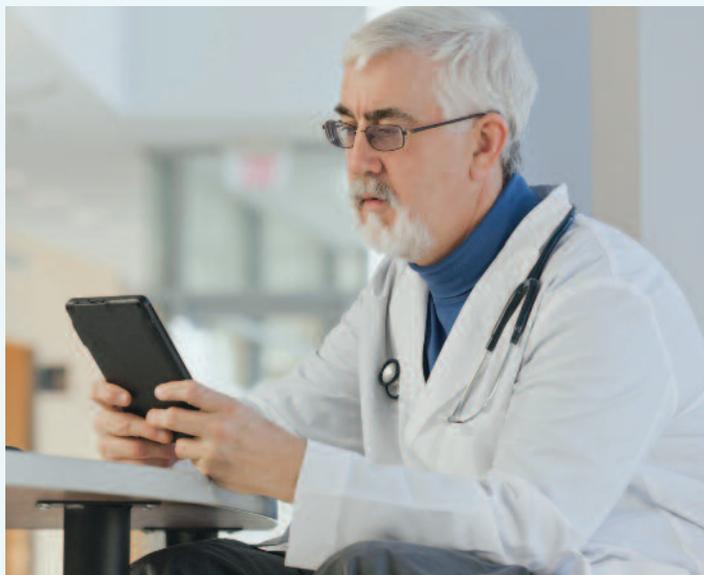


**Fig. 2**

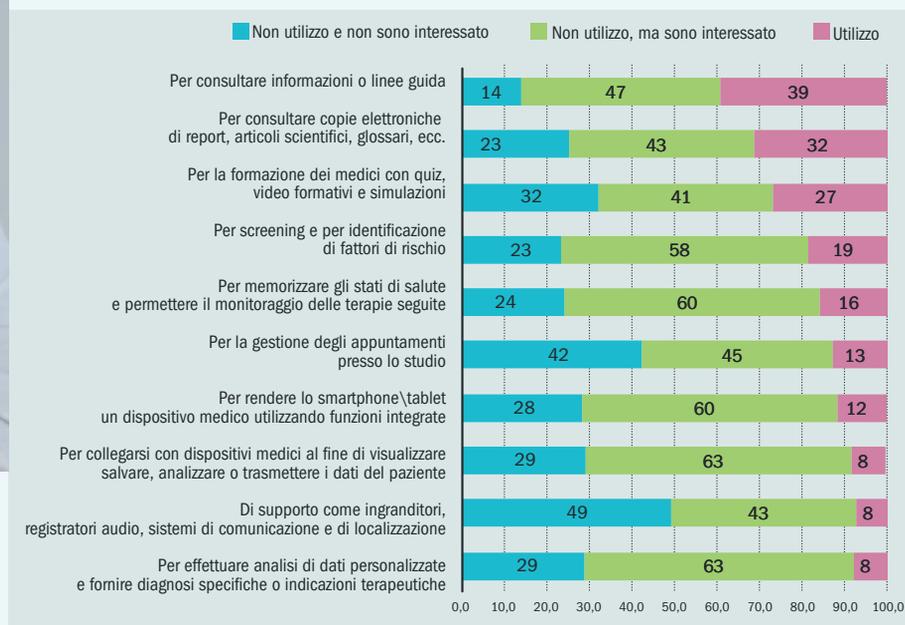


**Fig. 3. Quali sono, secondo il tuo punto di vista, le principali conseguenze della scomparsa del promemoria cartaceo della ricetta su una scala da 1 a 10 (dove 1 "Per nulla d'accordo" e 10 "Molto d'accordo")?**





**Fig. 4. Rispetto alle seguenti App Mediche Mobili (Mobile Medical Application) quali utilizzi o saresti interessato ad utilizzare con i tuoi pazienti?**



valentemente ai farmacisti il maggiore interesse a mantenere in vigore la copia cartacea del promemoria (43%); a seguire vengono citati le istituzioni sanitarie (30%), i pazienti (23%) e, solo per il 4%, i medici (Fig. 2).

I mmg sono sempre più aperti e interessati all'utilizzo delle App Mediche: il 39% dichiara di utilizzarle per consultare informazioni e linee guida, il 32% per la consultazione di copie elettroniche di report, articoli scientifici, glossari. Anche in questo caso è elevata la percentuale di coloro che dichiarano di essere comunque interessati alla diverse funzioni che le *Mobile Medical Applications* possono fornire (Fig. 4). Si conferma molto elevata, in linea con le rilevazioni dello scorso anno, la percentuale di coloro che, per interagire con i propri pazienti utilizzano email (85%), SMS (68%) e WhatsApp (53%), quest'ultima impiegata in particolare per condividere informazioni e immagini. Lo scambio di dati effettuato tramite WhatsApp è ritenuto talmente efficiente da rendere inutile il contatto diretto con il paziente (per il 50% di chi la utilizza), da migliorare complessivamente la reciproca interazione (per il 40%) e la soddisfazione degli assistiti (per il 39%).

Tra i maggiori benefici ottenuti dall'uso degli strumenti ICT ci sono: la velocizzazione delle attività professionali (per il 42% del campione), la disponibilità di un quadro clinico più completo del paziente (35%), la riduzione dei tempi di attesa ambulatoriali (34%); solo l'8% ritiene che questi strumenti possano di-



**I MMG chiedono che vengano messi nelle condizioni di utilizzare nuovi servizi e, soprattutto, che questi sistemi diventino effettivamente coerenti con le esigenze di facilitare l'attività, migliorare l'efficacia e l'efficienza, agevolare le relazioni**

ventare funzionali a un maggior coinvolgimento del paziente nei processi di cura.

Dall'altro lato, i MMG individuano nella scarsa cultura digitale (51%) e nella scarsa conoscenza delle potenzialità di questi strumenti (48%) le barriere che maggiormente si frappongono tra la professione e l'innovazione digitale, seguite da una percezione di scarsa sicurezza e/o garanzia sulla privacy (42%), dalla mancanza di competenze di utilizzo degli strumenti (41%) e dalle limitate risorse economiche (35%). Più contenute sono le percentuali di coloro che credono che la responsabilità debba essere attribuita alla difficoltà nell'uso di queste risorse (18%) e a una immaturità delle tecnologie e/o assenza di efficaci soluzioni di mercato (14%).

Rispetto al tema delle competenze digitali, i medici si sentono maggiormente preparati nella gestione di dati e documenti in rete (su una scala da 1 "per nulla" a 5 "estremamente", il 47% dei medici risponde con un punteggio di 4 o 5), e nella ricerca di informazioni in rete (il 43% risponde con punteggio di 4 o 5). Ampia condivisione (83%) vi è nell'affermare che le competenze digitali sono importanti ma in funzione delle esigenze professionali; competenze che, per il 38% del campione, dovrebbero essere acquisite nell'ambito della formazione

continua e nella formazione pre-universitaria (36%).

L'indagine mostra che "il mondo del digitale" si è definitivamente introdotto nel lavoro del medico di Medicina Generale: interessa le relazioni della professione con le istituzioni, è alla base di una parte sempre più consistente dell'attività clinico-assistenziale, interviene nel rapporto e nella comunicazione tra il medico e il paziente. Il dato secondo cui il mmg è l'unico attore del sistema sanitario il cui trend di investimento nella digitalizzazione è in persistente incremento, indica sia l'interesse della categoria per questo settore sia la necessità di mantenere elevate le performance di strumenti oramai vincolanti per l'operatività professionale; è però anche il segnale che alla medicina generale, più che ad altri operatori del Ssn, sono stati richiesti adeguamenti a queste nuove competenze per la realizzazione dei nuovi processi. I medici di Medicina Generale, anche se condizionati da un'età media avanzata, stanno rispondendo sostanzialmente in modo positivo alla sollecitazione: chiedono anzi che vengano messi nelle condizioni di utilizzare nuovi servizi e, soprattutto, che questi sistemi diventino effettivamente coerenti con le esigenze di facilitare l'attività, migliorare l'efficacia e l'efficienza, agevolare le relazioni.

Vive a Fidenza, nella pianura padana emiliana, e di quella terra ha la proverbiale apertura, la capacità di dialogo e la forza. Lorenza Bacchini oggi è un medico di famiglia, con una attenzione forte alla cura del dolore, ma nel suo percorso, personale e professionale, ci sono mille avventure. Proviamo a sintetizzarle in questa intervista, ma certamente meriterebbero tanto spazio in più...

A cura di  
Eva Antoniotti

## IL FEMMINISMO MI HA AIUTATA AD ESSERE IL MEDICO CHE SONO DIVENTATA

INTERVISTA  
A LORENZA  
BACCHINI



**Dottoressa Bacchini, come ha deciso di studiare Medicina?**

Gli echi del '68 e il movimento femminista, che filtravano nella nebbia del mio paese di pianura, diedero l'illusione che anche le figlie della classe operaia potessero ambire a professioni considerate di prestigio, come il medico. E quei grandi movimenti ideali certamente determinarono lo stile del medico che sono diventata, dandomi la forza di credere che nessuna professione mi fosse preclusa in quanto donna.

Furono anni formativi e di ribellione quelli dell'università, in costante lotta tra l'icona del medico che proponeva l'accademia e la volontà di essere me stessa. Anni di fatica e pianti, di determinazione a compiere un sogno in cui i miei genitori faticavano a credere di vedere realizzato, anni in cui questo sogno era di tanti e lo spettro della disoccupazione reale.

**La prima esperienza di lavoro medico quale fu?**

Mi sono sposata due mesi dopo la laurea e, avendo l'assoluta necessità di guadagnare, accettai, spronata dai miei genitori, di lavorare nello studio di un odontotecnico, dove avrei imparato un mestiere fin da subito redditizio. Questa breve esperienza, di soli due mesi, mi precipitò in uno scontro chiarificatore e mi fu dolorosamente evidente che non avevo studiato medicina per guadagnare

o per essere, probabilmente, un medico odontoiatra, ma per occuparmi delle persone nella loro complessità.

L'entrata nella scuola di specializzazione che sognavo, Scienza dell'Alimentazione, mi diede la possibilità di poter fare quello che speravo: essere, come medico frequentatore e senza retribuzione, in un reparto di medicina interna per agire la medicina come mi si confaceva e approfondire un aspetto ancora poco conosciuto della clinica, ovvero l'importanza dell'alimentazione nella prevenzione e nella cura della salute.

**Quindi, dopo una falsa partenza, l'interesse si concentra sull'alimentazione.**

In attesa del mio primo figlio, iniziai anche i tanti lavori saltuari che mi permettevano non solo di sbarcare il lunario ma anche di essere finalmente un dottore, o meglio una dottoressa, in prima persona. Presentarsi di notte, con la pancia già incipiente, in una casa sperduta nel nulla, dove un anziano rantolava con un edema polmonare ed essere scacciata perché pretendevano un "dottore vero" e nonostante ciò fare il proprio dovere e fare la differenza tra vivere o morire, è uno dei momenti che ancora oggi mi riempiono di orgoglio.

Proseguiva allo stesso tempo il mio percorso e, negli ultimi mesi prima della fine del corso, aprii un ambulatorio di Dietologia. Tutti temevano che il lieto

evento rallentasse il conseguimento del diploma di specializzazione, ma la forza che mi diede essere mamma accelerò e diede potenza e consapevolezza ad ogni minuto della mia vita, spazzando via pigrizia, lentezza e indecisioni. Dimostrai a me stessa e a chiunque avesse dubbi, che fare il medico ed essere mamma, non solo era possibile, ma anche bello e ricco di soddisfazioni.

**Quindi diventa dietologa. Poi cosa succede?**

Nonostante il successo professionale ed economico come dietologa, mi accorsi presto che affrontare il problema delle scorrette abitudini alimentari non poteva essere risolto solo motivando e supportando con diete e consigli le persone con problemi di peso, ma che era determinante la componente psicologica.

Mi aiutò l'incontro con Beatrice Bauer, una delle prime esperte in disturbi del comportamento alimentare. Ho frequentato a Verona i suoi corsi e con la sua supervisione iniziai ad affrontare pazienti con disturbi del comportamento alimentare, in anni in cui pochissimi tra medici, famiglie e pazienti, sapevano come affrontare l'epidemia di anoressia e bulimia tra le giovani.

Affrontare un corso di 3 anni in psicoterapia cognitivo comportamentale a Milano fu una scelta necessaria e appassionante, faticosa a tratti, perché tenevo moltissimo a crescer mio figlio e portare avanti l'attività di Guardia medica per rimanere legata alla medicina nel senso più pragmatico del termine. In più, verso la fine del mio percorso come psicoterapeuta, decisi di diventare mamma per la seconda volta.

**E come è arrivata alla Medicina Generale?**

Occuparsi per tre giorni alla settimana di persone affette da disturbi del comportamento alimentare può essere logorante e nuove terapie multidisciplinari e multiprofessionali, anche residenziali, iniziavano a dimostrare che il trattamento in équipe era l'arma migliore per queste persone.

Per questo motivo, e da sempre affascinata dalla Medicina Generale, decisi, per



**Gli echi del '68 e il movimento femminista, che filtravano nella nebbia del mio paese di pianura, diedero l'illusione che anche le figlie della classe operaia potessero ambire a professioni considerate di prestigio, come il medico**

la prima volta, di fare domanda per la convenzione di Medicina Generale, aggiudicandomi subito la zona carente nel mio paese.

All'apertura dell'ambulatorio di medico convenzionato con il Ssn, mio figlio minore iniziava a frequentare la scuola materna, permettendomi di avere molte ore per svolgere il mio lavoro senza far pesare troppo il mio impegno fuori casa. Non mi sono mai pentita di questa scelta, la medicina generalista mi ha permesso di fare medicina come sentivo congeniale a me: affrontare l'interrezza della persona con le problematiche di salute e, in virtù del patto fiduciario, poter agire al meglio per la salute dell'assistito, standogli al fianco, ascoltando e interagendo con esso nella molteplicità delle problematiche.

Per molti anni sono rimasta affascinata dalla complessità delle persone nei loro bisogni di salute, diversi e unici, anche se a volte esasperata dal carico di lavoro, dalle pressanti richieste degli assistiti. **E al mondo del sindacalismo, come è arrivata?**

Proprio le difficoltà del lavoro quotidiano mi hanno indotto ad andare oltre le contingenze ed affrontare la complessità dell'organizzazione della medicina del territorio, del governo clinico e degli aspetti sindacali.

In questo ambito, la libera professione ha offerto numerose opportunità ai medici del mio territorio di sperimentare formule assistenziali innovative, come l'assistenza domiciliare integrata a malati oncologici, già a partire dal 1998.

**E qui si apre il capitolo delle cure palliative...**

Infatti. Da quel primo passo è nato, tra i colleghi del territorio, uno spiccato interesse per le cure palliative e la terapia del dolore, che ci ha portato nel 2004 a partecipare attivamente all'apertura dell'hospice "Centro cure palliative di Vaio". Una sfida enorme per i colleghi mmg del territorio che in prima persona, da allora fino ad oggi, si prendono cura, insieme all'équipe e ai colleghi di varie



**Il medico di Medicina Generale ha tutti gli strumenti per essere parte essenziale di una rete di professionisti in grado di offrire cura e assistenza a chi deve confrontarsi con il dolore**

specializzazioni, di malati che necessitano di cure palliative.

Questa sfida ci ha spronato ad approfondire, studiando ma anche confrontandoci continuamente tra noi e con l'équipe dell'hospice, tutte le implicazioni, cliniche terapeutiche psicologiche e relazionali necessarie ad affrontare, ancora una volta, la complessità della persona e del suo entourage, in un momento così peculiare della vita, quello in cui ci si trova ad affrontare una malattia caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta che non risponde più a trattamenti specifici.

La grande sfida che abbiamo affrontato non ha visto nessun MMG arretrare di fronte allo studio necessario (in primis la terapia del dolore) ma nemmeno alla responsabilità insita nel patto fiduciario con l'assistito, quello di curare al meglio, rispettando l'autonomia del malato, tutelando la

sua dignità, nella continuità della sua storia personale, adoperandosi per tutelare la qualità della vita fino al suo termine, garanti di una storia che non inizia con la malattia, ma che come medici di famiglia, abbiamo vissuto insieme.

Con questa forza collettiva alle spalle, ho potuto affrontare anche incarichi istituzionali in merito alla Legge 38 del 2010, (*ndr: componente del tavolo tecnico per le cure palliative e di quello sulla terapia del dolore al ministero della Salute come referente Fimmg; è stata anche docente nei corsi ministeriali sul dolore cronico in Medicina Generale*) promuovendola e ribadendo con tutti i mezzi possibili che il medico di Medicina Generale ha tutti gli strumenti per essere parte essenziale di una rete di professionisti in grado di offrire cura e assistenza a chi deve confrontarsi con il dolore.

**Con tante e varie esperienze alle spalle, come vede il futuro della MG?**

Soprattutto l'esperienza delle cure palliative mi ha fatto capire, anzi "ci" ha fatto comprendere, l'importanza di lavorare in équipe pur mantenendo la propria individualità professionale, ed è quello che auspico per il futuro: una libera professione in cui si possano valorizzare le proprie competenze, integrandole con altre, per la migliore assistenza possibile, universale ed equa, su tutto il territorio nazionale, potendosi concentrare sulla clinica, sul rapporto con la persona, affidando incombenze burocratiche ed amministrative a figure di diversa professionalità.



## LA SALUTE SU INTERNET

Il 10 maggio scorso, UNAMSI (Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione), associazione che unisce il mondo giornalistico scientifico e il mondo medico, ha presentato alla Sala Stampa nazionale, il *Decalogo Ragionato* per salvarsi dalle bufale sul tema salute attraverso internet.

Il fenomeno della ricerca di risposte sul web a questioni di salute è molto cresciuto negli ultimi anni: nel 2014, secondo dati Censis, erano solo 4 italiani su 10 a fare ricerche su internet su questioni di salute. L'ultimo sondaggio del gennaio 2017 parla dell'88% (il 93,3% fra le donne), ma la cosa grave è che quasi la metà del campione (il 44%) si affida alla prima pagina proposta dai motori di ricerca senza preoccuparsi dell'attendibilità delle fonti. Tra questi, i 18-24enni sono ben il 55%, mentre gli ultra 65enni sono il 22,7%.

È questo il problema principale: l'*attendibilità delle fonti*.

Come si fa a capire quale è attendibile e quale non lo è? UNAMSI, che ha fra i suoi scopi la promozione attraverso i media di una corretta e completa divulgazione medico-scientifica, nel suo 60° anniversario ha voluto dare il proprio contributo a questa fondamentale esigenza di tutti coloro che, spesso tra mille ansie, cercano una risposta, un chiarimento sulla rete e troppo spesso trovano "bufale", falsità.

Con la sensibilizzazione e l'appoggio del Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) ha elaborato, a beneficio di tutti i lettori che cercano informazioni corrette su Internet, un proprio *Decalogo Ragionato*.

Una iniziativa di successo, tanto che in un paio di settimane hanno deciso di appoggiare questo documento molte altre società medico-scientifiche: la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), la Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico Facciale (SIO e ChCF), la Società Oftalmologica Italiana (SOI), l'Associazione Medici Endocrinologi (AME), la Società Italiana di Psichiatria (SIP), la Società Italiana di Urologia (SIU), il Sindacato Medici e Pediatri di Famiglia (SiMPeF).

**88%**

Gli italiani fanno ricerche su internet su questioni di salute

**44%**

Si affida alla prima pagina proposta dai motori di ricerca

**55%**

I giovani tra 18 e 24 anni



## IL "DECALOGO RAGIONATO" PER SALVARSI DALLE BUFALHE

### Il Decalogo Unamsi contro le bufale sulla salute



L'Unamsi è l'Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione. Associazione che unisce il mondo giornalistico scientifico e il mondo medico

#### 1 Verificare la fonte

Verificare sempre chi è il proprietario del sito, del giornale, del blog, sia esso istituzione, editore, industria, associazione, singolo cittadino. Questo serve per capire bene chi ha interesse a veicolare quel tipo di informazione. Tra i siti istituzionali segnaliamo quelli del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, degli Ospedali e delle Società medico-scientifiche. È importante che il sito di consultazione riporti sempre, nelle notizie pubblicate, autorevoli fonti di provenienza, una caratteristica che è una misura di attendibilità del sito stesso.

#### 2 Accertarsi dell'aggiornamento del sito

Importantissima la verifica della data della pubblicazione. È una chiara indicazione dell'attualità di una notizia. Su Internet infatti non si perde nulla e può capitare, utilizzando un motore di ricerca, di arrivare su una notizia vecchia anche di anni.

#### 3 Cure mediche: evitare il "fai da te"

Nessuna informazione scritta può sostituire la visita del medico. Medico e farmacista devono restare i principali punti di riferimento in materia di salute. I contenuti in Rete devono avere "solo" uno scopo informativo e in nessun caso possono sostituire la visita o la prescrizione di un medico o il consiglio di un farmacista.



## 4 Diffidare delle prescrizioni senza visita

Nessun medico serio farà mai una prescrizione a un malato sconosciuto senza averlo visitato. Diffidare quindi dei siti e degli esperti che indicano farmaci e terapie sulla semplice descrizione dei sintomi. Non è serio, non è professionale, e può essere molto pericoloso.

## 5 Monitorare il rispetto della privacy

Accertarsi che il proprietario di un sito che gestisce le informazioni sulla salute degli utenti (per esempio attraverso il servizio "l'esperto risponde") rispetti la normativa sulla privacy e garantisca la confidenzialità dei dati.

## 6 Valutare con la giusta attenzione blog e forum

Possono essere fonti utili, ma anche insidiose perché propongono storie di pazienti e dei loro familiari che suscitano empatia e coinvolgono emotivamente. Fare attenzione perché sono quasi sempre racconti soggettivi, ma non è detto che abbiano affidabilità scientifica. La lettura critica è di rigore.

## 7 Occhio ai motori di ricerca

Quando si digita una parola chiave il risultato della ricerca non mostra un elenco di siti in ordine di importanza, ma la selezione può dipendere da altri fattori. Per chiarire, i motori di ricerca lavorano come "Machine Learning", cioè memorizzano le scelte e i gusti dell'utente per poi proporre argomenti in linea con le preferenze manifestate nelle scelte precedenti. Non fermarsi quindi alla prima ricerca, ma cercare di incrociare più ricerche e più dati.

## 8 Non "abbozzare" alla pubblicità mascherata

Un sito di qualità deve sempre tenere separata l'informazione indipendente da quella pubblicitaria che dovrebbe sempre essere palese e dichiarata.

## 9 Acquistare con cautela farmaci on line

Acquistare farmaci online solo da farmacie autorizzate. In Italia, tali esercizi devono avere sul loro sito l'apposito logo identificativo, comune in tutta l'Unione Europea, "Clicca qui per verificare se questo sito web è legale". Basta cliccare sul logo e si sarà rinvii al sito web del Ministero della Salute dove è possibile verificare se il venditore online è registrato nell'elenco di quelli autorizzati. Se al contrario il sito non è legato a una farmacia, invece, comprare un farmaco online può essere molto pericoloso.

## 10 Non cascare nella psicosi del complotto

Nel Web capita spesso di incappare in notizie catastrofiche sull'effetto di vaccini e farmaci. Non perdere mai la capacità di analisi e di critica e confrontarsi sempre col proprio medico.

# MEDICINA E IN INSIEME CONT

La Federazione degli Ordini dei medici entra in campo contro le "bufale", le false notizie e le false informazioni, sulla salute

LO HA FATTO, il 6 maggio scorso, partecipando ad un evento importante per il mondo dell'informazione, il *Festival della Tv e dei nuovi media* di Dogliani (CN), con un incontro dal titolo *Mitologia della salute e false argomentazioni: l'era delle bufale*. L'obiettivo è combattere contro "quello che gira in rete": i vaccini causano l'autismo, la malattia è una positiva manifestazione del proprio inconscio, un'alimentazione rigorosa protegge da ogni patologia.

Con i sostenitori di tesi antiscientifiche come queste il confronto non serve a niente, anzi rafforza le loro posizioni, come dimostrano molti studi. La strada possibile per contrastare il pericoloso diffondersi di questi "miti", rafforzati dall'utilizzo dei social media, è la difesa della mentalità e del metodo scientifico, fondato sulle prove, sulle dimostrazioni riproducibili, sulla verifica. Un metodo che appartiene ai medici, ma anche ai giornalisti, sebbene sia sempre più difficile applicarlo nei tempi velocissimi dell'informazione attuale.

Anche perché "la scienza non è democratica", ovvero non è accessibile a tutti allo stesso modo, come ha ricordato provocatoriamente, **Cosimo Nume** (responsabile Area della Comunicazione Fnomceo) aprendo il dibattito organizzato a Dogliani. Una riflessione che ha messo insieme giornalisti, medici e ricercatori per riflettere su un fenomeno che sta producendo conseguenze preoccupanti, riducendo ad esempio la copertura vaccinale delle popolazioni e portando di conseguenza alla recrudescenza di malattie che erano sostanzialmente scomparse nel mondo occidentale.

**Michele Mirabella**, volto notissimo dell'informazione in materia di salute, ha dato una prospettiva storica alla credulità umana nelle diverse epoche, dai ciarlatani medioevali al metodo Bonifacio

FORMAZIONE,  
RO LE BUFALE

# FAKE NEWS

contro il cancro, dialogando con **Silvia Bencivelli**, che ha richiamato una antichissima “bufala”: tutti ripetiamo che Nerone ha dato fuoco a Roma per poter osservare e cantare il terribile spettacolo, anche se ci sono da sempre prove certe che al momento dell’incendio l’imperatore si trovasse ad Anzio.

Ma d’altra parte, come ha spiegato **Sergio Della Sala** (professore di neuroscienze cognitive ad Edimburgo), è la nostra stessa mente a crearsi false informazioni, mescolando e interpretando i dati reali non sempre secondo criteri logici. Proprio per questo dobbiamo sottoporre le nostre convinzioni ad un vaglio critico, abituandoci a rivedere le convinzioni istintive.

Nella sfera pubblica non devono però esserci incertezze, perché “il vaccino non è un’opinione”, ma è una certezza scientifica acquisita, come ha ricordato **Roberto Burioni** (professore di microbiologia e virologia all’Università San Raffaele di Milano): mettere a confronto “alla pari” sostenitori e oppositori dei vaccini equivale a dare pari dignità a posizioni razziste e antirazziste. La diffusione di gruppi contrari ai vaccini sta producendo danni alla popolazione generale, portando nuovamente in circolo malattie per le quali si era raggiunta l’immunità di gregge (una copertura vaccinale così ampia che impedisce il diffondersi di una patologia anche nel caso in cui dall’esterno si presenti un nuovo caso), ed esponendo così al contagio soprattutto i soggetti più deboli: bimbi piccolissimi non ancora vaccinati o persone che abbiano per diverse ragioni un abbassamento delle difese immunitarie. La richiesta è che si rendano obbligatorie le vaccinazioni per le scuole (come è avvenuto in California) e che gli ordini professionali di medici e giornalisti sanzionino con severità i propri iscritti che at-

**La diffusione di gruppi contrari ai vaccini sta producendo danni alla popolazione generale, portando nuovamente in circolo malattie per le quali si era raggiunta l’immunità di gregge**

”

tano o diffondono pratiche antiscientifiche. E di problemi legati alla mancate vaccinazioni ha parlato anche **Andrea Grignolio** (docente di storia della medicina all’università di Roma La Sapienza). Un caso particolarmente grave di falsa informazione scientifica è quello del medico tedesco **Dirk Hammer**, oggi radiato dall’ordine dei medici, che prometteva di curare i tumori esclusivamente attraverso percorsi psicologici. Le tragedie e le morti prodotte da questa teoria, che ha trovato sostenitori anche in Italia, sono state raccolte in un libro del giornalista **Ilario D’Amato**.

**Guido Giustetto** (presidente dell’Omceo di Torino e componente del CC Fnomceo) ha confermato l’impegno degli Ordini in materia di formazione su questi temi e anche di vigilanza sanzionatoria. Importante l’iniziativa messa in campo dalla Fnomceo con il *Progetto Fake news*,

coordinato da **Alessandro Conte**: trovare percorsi e strategie di intervento attraverso i nuovi media per diffondere il pensiero scientifico, proprio sul terreno in cui spesso si diffondono le false informazioni.

Nel concludere l’incontro **Roberta Chersevani** ha confermato il forte impegno della Fnomceo per contrastare le false informazioni in materia di salute, restando sempre dalla parte dei pazienti: “Dalla mia esperienza di medico ho appreso che quando un paziente riceve una diagnosi infausta va a sbattere contro una porta di cristallo. È facile approfittare di quel momento di stordimento e disorientamento per attirare le persone nella rete di false terapie illusorie e pericolose, se non altro perché rubano tempo alle cure di provata efficacia. Noi dobbiamo essere capaci di essere vicini alle persone in quel momento”.

“

**Dalla mia esperienza di medico ho appreso che quando un paziente riceve una diagnosi infausta va a sbattere contro una porta di cristallo. Noi dobbiamo essere capaci di essere vicini alle persone in quel momento**

**Roberta Chersevani**  
presidente Fnomceo



# LA VISITA ECOASSISTITA IN MEDICINA GENERALE

È necessario acquisire nuovi strumenti che permettano alla Medicina Generale di migliorare le proprie performance e le consentano di mantenere la centralità nel sistema sanitario territoriale

IN UN SISTEMA COMPLESSO territoriale formato da AFT ed UCCP, in cui i medici di Medicina Generale sono chiamati ad interpretare in modo differente la loro professione, non solo nei confronti dell'utenza e delle altre figure sanitarie, ma anche nelle dinamiche interne alle associazioni stesse, si rende necessario acquisire nuovi strumenti che permettano alla Medicina Generale di migliorare le proprie performance e le consentano, nel cambiamento, di mantenere la centralità nel sistema sanitario territoriale. Negli anni, con la scusa che i medici di famiglia sono Generalisti, è stato chiesto loro di fare di tutto, spesso cose che poco avevano a che fare con l'arte e la scienza mediche.

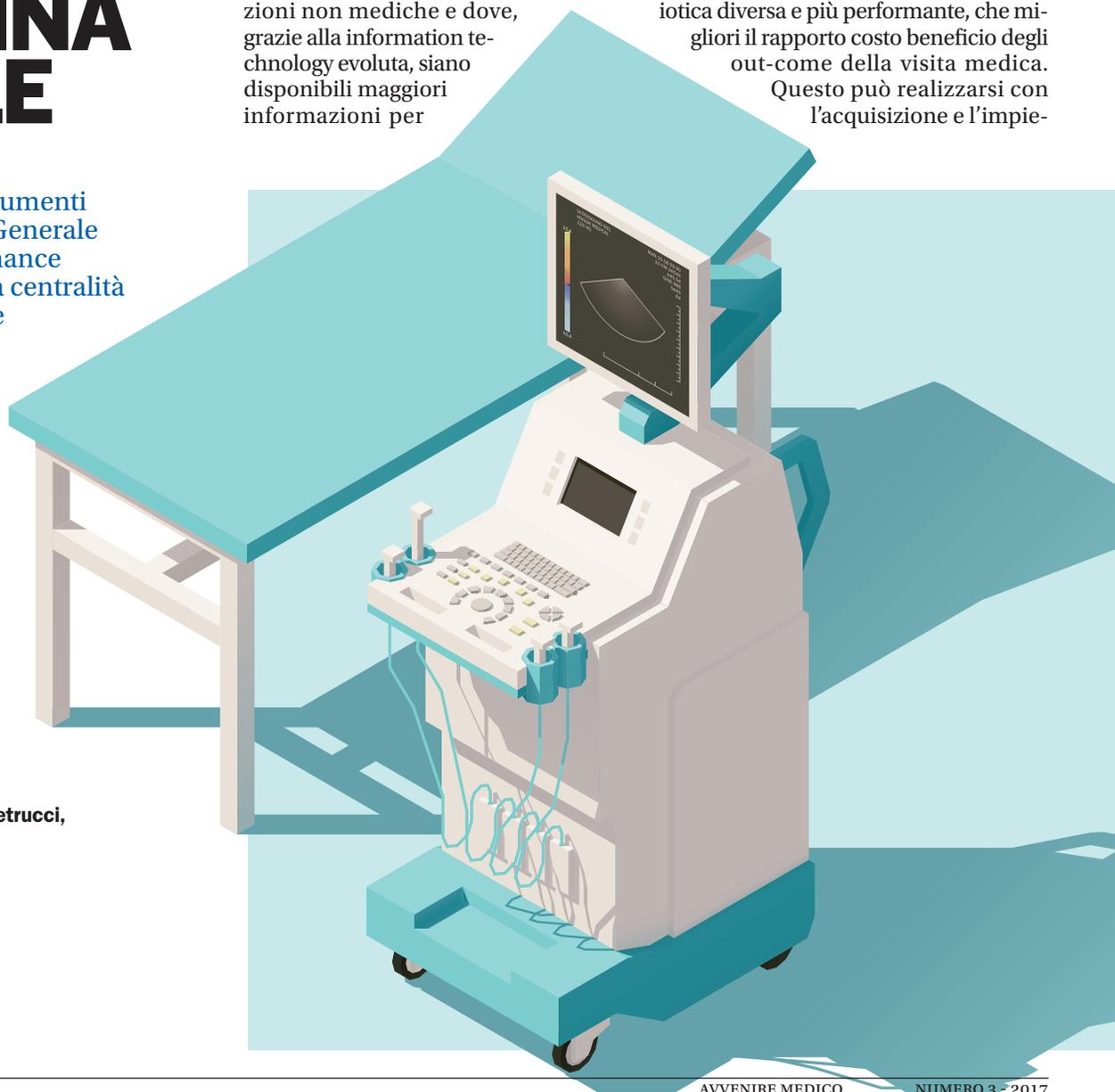
I medici di Medicina Generale non sono amministrativi, non si dedicano ad altre professioni sanitarie, non sono ragionieri: i medici di Medicina Generale sono Dottori in Medicina e devono tornare ad esercitare ruoli, compiti e mansioni propri delle loro "competenze costitutive" (WONCA 2000).

Stiamo organizzando nuovi modi di lavorare in équipe, nei quali si demandano ad altre figure compiti e funzioni non mediche e dove, grazie alla information technology evoluta, siano disponibili maggiori informazioni per

gestire i problemi clinici e la domanda di salute dei nostri pazienti. In questo ambito le nostre associazioni (AFT - UCCP) potranno mettere in rete le competenze professionali dei singoli medici fornendo ai propri assistiti la tradizionale competenza della Medicina Generale, arricchita da conoscenze approfondite ed abilità specifiche, acquisite dai singoli professionisti in ambiti disciplinari peculiari (medici con interessi disciplinari specifici - Piano nazionale sulla cronicità 2016). In questo scenario, Siemg e la Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg-Metis, hanno formato, negli ultimi anni, Ecografisti Generalisti in grado di rappresentare, sia nelle associazioni funzionali che in quelle strutturali, un punto di riferimento in tutti i campi di interesse dell'ecografia, con l'obiettivo di rendere più ampia e maggiormente incisiva la attività di diagnosi e cura della Medicina Generale.

L'introduzione dell'ecografia in medicina è stato un cambio di paradigma per tutte le discipline, ma se vogliamo che questo sia radicale, dovremo indirizzare il più ampio numero possibile di Medici di Medicina Generale all'uso di una semeiotica diversa e più performante, che migliori il rapporto costo beneficio degli out-come della visita medica.

Questo può realizzarsi con l'acquisizione e l'impie-



Fabio Bono, Angelo Campanini, Andrea Petrucci,  
Claudio Ravandoni, Andrea Stimamiglio  
Direttivo SIEMG

go, accanto alla semeiotica fisica tradizionale, della semeiotica Ecografica, ovvero della *visita ecoassistita*.

Una visita ecoassistita dura mediamente 5-10 minuti, non richiede la formulazione di un referto, ed in caso di dubbi diagnostici può avvalersi di una second opinion da parte di Ecografisti Generalisti di riferimento.

La nostra struttura ha cominciato a fare formazione in ecostetoscopia nel 2010 con gli obiettivi professionali sopra descritti e nella certezza che anche in questo settore, come già dimostrato, oltre che in quello della ecografia Generalista, per ottenere risultati significativi, non siano necessarie risorse aggiuntive, ma la loro riallocazione e che la conseguente, inevitabile maggiore appropriatezza, induca risparmi nel sistema.

Le indicazioni della SIEMG derivano

## Definizione di visita ecoassistita in Medicina Generale

**È una visita eseguita con l'ausilio di uno strumento di Imaging ad ultrasuoni (palmare, tablet, portatile, carrellato), ha una durata di 5-10 min ed è finalizzata ad ottenere indicazioni per la diagnosi clinica o per il successivo iter diagnostico terapeutico. Può essere utilizzata nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali della cronicità per migliorarne l'efficacia. Non prevede referti.**

dall'analisi dell'esperienza maturata in cento corsi formativi teorico/pratici in ecostetoscopia con circa 4.000 partecipanti ed una FAD della durata di 9 mesi con 4.818 iscritti di cui 3.220 hanno ricevuto i crediti formativi.

### Obiettivi della formazione

Fornire in 16 ore basi teoriche e capacità gestuali per riconoscere quadri semilogici ecografici rilevanti per indirizzare le scelte diagnostico/terapeutiche della vista clinica.

### Modalità formative

Corso FAD seguito da un corso teorico/pratico di 8 ore o in alternativa due corsi teorico/pratici.

In entrambe le tipologie formative verrà posta particolare attenzione alla standardizzazione della posizione della sonda al fine di rendere ripetibile l'immagine ottenibile con gli US e verranno proposti ai discenti confronti tra immagini normali e patologiche.

Nelle esercitazioni pratiche, su modelli "sani", si metteranno in pratica le gestualità apprese nelle lezioni frontali. Verranno proiettati contestualmente quadri patologici degli organi in studio per consentire ai Discenti di memorizzarne le differenze tra un quadro di normalità ed uno di patologia.

### Bibliografia

- Economic analysis of bedside ultrasonography (US) implementation in an Internal Medicine department, Internal and Emergency Medicine, December 2015, Volume 10, Issue 8, pages 1015-1024
- Benjamin K. Johnson MD, David M. Tierney MD, FACP Kevin M. Harris MD, FASE, Marc C. Newell MD, Internal medicine point-of-care ultrasound assessment of left ventricular function correlates with formal echocardiography, Journal of Clinical Ultrasound, Volume 44, Issue 2 February 2016 Pages 92-99
- Piano Nazionale della Cronicità 2016, pag. 44 - 45
- Troels Mengel-Jørgensen and Martin Bach Jensen, Variation in the use of point-of-care ultrasound in general practice in various European countries. Results of a survey among experts, European Journal Of General Practice, 2016 VOL. 22, NO. 4, 274-277
- International evidence-based recommendations for point-of-care lung ultrasound, Intensive Care Med (2012) 38:577-591 DOI 10.1007/s00134-012-2513-4

Definizione Europea Di Medicina Generale / Medicina Di Famiglia e descrizione delle Competenze Fondamentali del MMG / MMF, Consensus Statement 2002 della Società Europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia (WONCA Europe)

## Visita eco assistita: campi di applicazione in funzione di situazioni cliniche/o sintomi

ADDOME			
DISTESO	ASCITE	PRESENTE/ASSENTE	
GLISSONIANA	LINEARE/NON LINEARE	(CIRROSI)	
MASSA PALPABILE	PRESENTE/ASSENTE	LIQUIDA/SOLIDA	PULSANTE/NON PULSANTE
DOLORE QUADRANTE SUP. DX			
	CALCOLOSI COLECISTI	PRESENTE/ASSENTE	
	IDRONEFROSI DX	PRESENTE/ASSENTE	
DOLORE QUADRANTE SUP. SX			
	IDRONEFROSI SX	PRESENTE/ASSENTE	
AUMENTO DIMENSIONE ORGANI			
	MILZA	PRESENTE/ASSENTE	
	RENE	PRESENTE/ASSENTE	
DIMINUZIONE DIMENSIONE			
	RENE	PRESENTE/ASSENTE	
CAVA			
	RESPONSIVITA' AGLI ATTI RESPIRATORI	PRESENTE/ASSENTE	
VESCICA			
	DISTESA	PRESENTE/ASSENTE	
TORACE			
VERSAMENTO PLEURICO	PRESENTE/ASSENTE		
VERSAMENTO PERICARDICO	PRESENTE/ASSENTE		
SINDROME INTERSTIZIALE POLMONARE	PRESENTE/ASSENTE		
DILATAZIONE VENTRICOLI CARDIACI	PRESENTE/ASSENTE		
SEVERA DISFUNZIONE SISTOLICA	PRESENTE/ASSENTE		
VASI VENOSI ARTI INFERIORI			
	COMPRESSIBILI (COSCIA E TRICIPITE SURALE)	PRESENTE/ASSENTE	

# LA DIFFERENZA DI GENERE NEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Uno strumento di maggiore appropriatezza clinica, per rispondere più adeguatamente ai bisogni di salute della donna e dell'uomo.

**Daniela Livadiotti,  
Antonella Galli,  
Walter Marrocco**  
Fimmg - Simpesv

Il Gruppo di lavoro Simpesv sulla Medicina di genere: Lucia Auriemma, Claudia Cali, Maria Cassanelli, Giovanna Castellano, Serena Fasulo, Antonella Galli, Vincenza Gioè, Giovanni Imburgia, Daniela Livadiotti, Walter Marrocco, Giovanni Paolo Reina, Francesca Taormina

FIN DALLE SUE ORIGINI, la medicina ha avuto un'impostazione androcentrica: le malattie, la loro prevenzione e la loro terapia sono state studiate prevalentemente su soggetti e casistiche di sesso maschile, sottovalutando le differenze biologico-ormonali tra i due sessi, che possono condizionare quadri clinici diversi nonché diversa risposta ad alcuni farmaci. Inoltre, probabilmente in conseguenza del principale ruolo sociale per secoli attribuito alla donna e cioè quello di madre, la salute femminile è stata identificata con l'assenza di malattie a livello dell'apparato riproduttivo e del seno, configurando quella che è stata definita "sindrome del bikini". Anche quando la ricerca medica si è rivolta a patologie che colpiscono entrambi i sessi, l'interesse prevalente è stato focalizzato sulla popolazione maschile. Nella sperimentazione clinica, fino agli anni '90, non risulta prevista la presenza femminile ed ancora oggi le donne sono per lo più rappresentate in percentuali minoritarie negli Studi Clinici di fase II e III. Negli studi di fase I, tra i volontari sani, è molto più difficile arruolare donne rispetto agli uomini. La frequente esclusione (o limitata partecipazione) delle donne dagli studi clinici è stata più volte giustificata dalla difficoltà di interpretazione dei risultati a causa della variabilità ormonale e da motivazioni etiche legate alla possibile gravidanza durante l'assunzione dei farmaci in studio. Queste problematiche sono sicuramente di



grande rilevanza, ma non possono rappresentare un criterio di esclusione dal momento che gli stessi farmaci, pur non adeguatamente testati nelle donne, saranno poi prescritti anche alle donne in età fertile. Il risultato è le donne, maggiori consumatrici di farmaci, godono di minori garanzie in termini di efficacia, tollerabilità e sicurezza rispetto agli uomini.

Infine, la similarità tra uomini e donne ha fatto credere di poter applicare direttamente alle donne i dati ottenuti negli uomini. In realtà come il bambino non è un piccolo adulto, così la donna non è una copia dell'uomo.

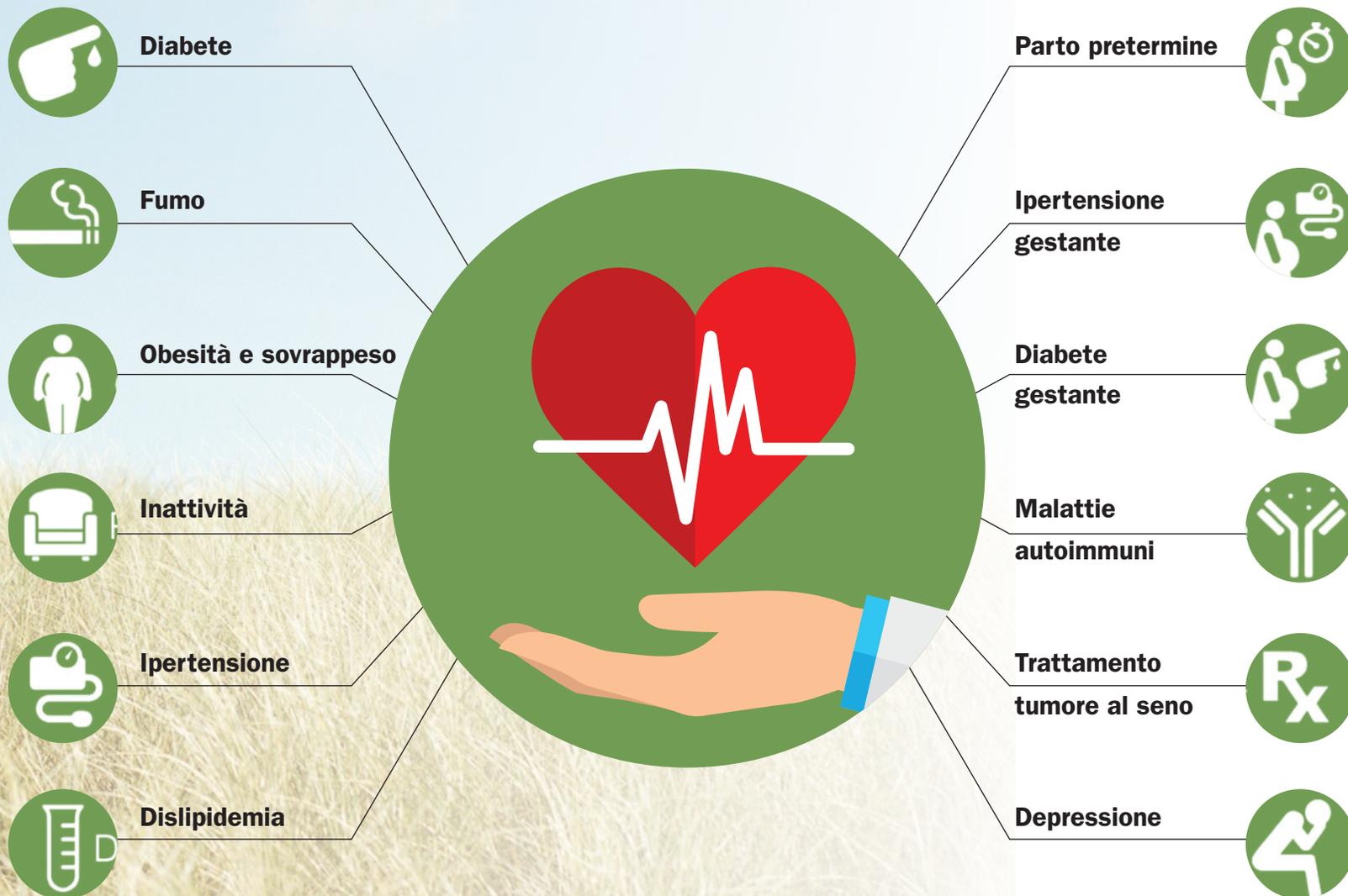
## **Cos'è la medicina di genere**

Fu nel 1991 che, per la prima volta, venne menzionata in medicina la "questione

femminile". La dottoressa Bernardine Healy, cardiologa americana e Direttrice del National Institute of Health, pubblicò un editoriale sul *New England Journal of Medicine*, intitolato "The Yentl syndrome" (1). Nel suo articolo la dottoressa Healy evidenziava la differente gestione della patologia coronarica nei due generi, con un numero ridotto di interventi diagnostici e terapeutici effettuati sulle donne rispetto agli uomini e, dunque, un approccio clinico-terapeutico discriminatorio e insufficiente se confrontato con quello praticato negli uomini. Quindi paragonò la condizione della donna in ambito sanitario a quella di Yentl, la protagonista di un racconto di Isaac Singer, la quale dovette rasarsi i capelli e vestirsi da uomo per poter accedere alla scuola ebraica e studiare il Talmud, uno

## Fattori di rischio ASCVD tradizionali

## Fattori di rischio ASCVD non tradizionali



**Da: Mariana Garcia et al.**  
Circ Res. 2016;118:1273-1293

dei testi sacri dell'ebraismo. L'articolo suscitò molto scalpore in tutto il mondo accademico e fu il punto di partenza per dare origine alla medicina di genere, il cui obiettivo è comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute, sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sugli outcomes delle terapie.

Quindi la medicina di genere non è la "medicina delle donne", ma è indirizzata ad affrontare tutte quelle malattie, comuni a uomini e donne, che presentano importanti differenze tra i due sessi non solo nell'incidenza, ma anche nella sintomatologia, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti. Quindi non è una nuova branca specialistica, ma uno strumento di maggiore appropriatezza cli-

nica, per rispondere più adeguatamente ai bisogni di salute della donna e dell'uomo.

### Dal "sesso" al "genere"

Le differenze tra uomini e donne sono determinate sia da fattori biologici che sociali. È per questo che dallo studio delle differenze di tipo biologico, legate al "sesso", universali e immutabili in quanto geneticamente determinate, si sta passando a uno studio più complesso che include tutte le implicazioni sociali, psicologiche, ambientali e culturali della persona, che possono condizionare le differenze biologiche costituendo la differenza di "genere".

Le donne vivono generalmente più a lungo degli uomini, in media 5-6 anni. Secondo i dati dell'Istat le donne rap-

presentano attualmente il 58% della popolazione di ultra 65enni e il 70% degli ultra 85enni, con una speranza di vita pari a 84,6 anni rispetto ai 79,1 degli uomini. L'aspettativa di vita in Italia al 2050 indica che queste differenze, seppure lievemente attenuate, si manterranno anche nei prossimi anni.

Ma questi dati indicano un privilegio, un vantaggio? Non esattamente. Se consideriamo gli anni vissuti con disabilità (YLDs), possiamo constatare come dopo i 39 anni di età gli YLDs restino sostanzialmente stabili, per aumentare notevolmente oltre gli 80 anni (2). Questo significa che non sappiamo ancora prevenire efficacemente l'insorgenza di alcune patologie, ma una volta instauratesi le sappiamo curare, trasformandole in condizioni croniche che accompagnano-



ranno l'individuo fino alla fine della vita. Oltre gli 80 anni poi le varie patologie si sommano fra loro determinando condizioni di grande complessità clinico-assistenziale, che comportano un importante peggioramento della qualità di vita dell'individuo interessato. Quindi, poiché la speranza di vita sana è identica nei due generi, i 5-6 anni di vantaggio delle donne sono anni di vita ammalata e disabile, principalmente per le conseguenze delle malattie cardiovascolari, osteoarticolari e neurologiche (demenza e depressione).

Infatti l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini ed anche la disabilità risulta più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini). Quindi le donne vivono di più, ma non sempre bene.

### **Donne e uomini nelle patologie cardiovascolari**

Come sappiamo le patologie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte a livello globale, colpendo il 40% degli uomini e il 49% delle donne in Europa. Se analizziamo le singole patologie si riscontrano questi dati: i decessi per patologia coronarica sono 19% negli uomini e 20% nelle donne; per stroke 9% negli uomini e 14% nelle donne; per altre patologie CV 12% negli uomini e 15% nelle donne. Come si nota, lo stroke, se rappresenta la terza più comune causa di morte negli uomini, diventa la seconda per le donne (3).

### **Perché le donne muoiono di più per eventi coronarici**

La prevalenza di patologie cardiovascolari nella donna è inferiore rispetto all'uomo durante l'età fertile, va ad eguagliare l'uomo con la menopausa, a causa del declino degli ormoni sessuali femminili, fino a superarlo dopo i 75 anni. In ogni caso, però, in tutte le fasce d'età la mortalità per eventi coronarici è superiore nelle donne rispetto agli uomini.

**SIMP<sup>e</sup>SV**  
Società Italiana di Medicina  
di Prevenzione e degli Stili di Vita

**La medicina di genere affronta tutte quelle malattie, comuni a uomini e donne, che presentano importanti differenze tra i due sessi non solo nell'incidenza, ma anche nella sintomatologia, nella prognosi e nella risposta ai trattamenti**

Quindi le giovani donne presentano minori probabilità di ammalarsi, ma maggiore mortalità e complicanze in caso di insorgenza di patologia ischemica.

Le ragioni di questa maggiore mortalità sono tante: da un punto di vista sintomatologico, alcuni studi hanno mostrato come vi siano delle differenze nei due generi. Infatti, nonostante il dolore toracico rappresenti il sintomo principale di malattia coronarica acuta in entrambi i sessi, le donne manifestano più frequentemente sintomi "atipici", come dolore alla schiena, irradiazione alla mandibola, nausea e/o vomito, dispnea, palpitazioni, vertigini, affaticamento, inappetenza e sincope. Da ciò deriva il fatto che molte donne aspettano troppo tempo prima di chiamare i soccorsi in occasione di un attacco cardiaco. Questo si riflette in una probabilità doppia di morire in ospedale (12% vs 6%). La più elevata mortalità intraospedaliera è in parte legata al ritardo pre-ospedaliero, ma anche al maggior numero di complicanze post-infartuali, doppio nelle donne rispetto agli uomini: tra queste, insufficienza mitralica acuta e scompenso cardiaco, difetto del setto interventricolare, rottura di un muscolo papillare e rottura del cuore. Inoltre, le donne hanno una minore probabilità di essere sottoposte a una rivascolarizzazione urgente e quando lo sono hanno una maggiore probabilità di complicanze procedurali. È anche possibile che la prognosi peggiore nel sesso femminile sia dovuta a differenze della placca aterosclerotica, della reattività coronarica, e della funzione endoteliale.

### **Sottostima del rischio cardiovascolare nelle donne**

Nonostante queste evidenze, però, il ri-

schio CV nelle donne è sottostimato e questa sottostima ha suggerito l'osservazione paradossale che "forse il più importante fattore di rischio di cardiopatia ischemica nelle donne è la percezione sbagliata che la cardiopatia ischemica non sia una malattia delle donne". Infatti, uno studio condotto dall'American Heart Association, pubblicato sul numero di febbraio 2005 di *Circulation* ha mostrato che solo il 13% delle donne percepisce le malattie cardiovascolari come il più importante problema di salute da trattare e solo un terzo pensa che esse rappresentino la principale causa di morte. Questo studio conferma, peraltro, un dato già emerso da precedenti analisi, e cioè che le donne continuano a ricevere le informazioni sulle malattie cardiovascolari dai mass-media, mentre solo il 24% delle intervistate le riceve dai medici (2) a conferma della sottostima del rischio CV della donna anche da parte dei professionisti sanitari (4).

Negli ultimi 40 anni si è osservata una diminuzione della mortalità cardiovascolare sia negli uomini che nelle donne. La riduzione della mortalità coronarica nella fascia di età 25-84 anni, tra il 1980 e il 2000, ha portato a 42.930 morti in meno. Il 40% di questa riduzione è attribuibile ai trattamenti farmacologici e ben il 55% è dovuto al miglioramento nel controllo dei fattori di rischio (questa percentuale deriva dal 58% legato al miglioramento di alcuni fattori di rischio cui è stato sottratto un 3% di contributo negativo associato al peggioramento dei fattori obesità e diabete).

In realtà studi più recenti suggeriscono un rallentamento della riduzione della mortalità nelle donne più giovani, al di sotto dei 55 anni (5).

Per comprendere i meccanismi che con-



ducono a questo peggioramento degli outcomes nelle donne è necessario analizzare non solo la prevalenza dei FR tradizionali ed il loro diverso impatto nelle donne, ma anche FR non tradizionali, esclusivi o più comuni nelle donne (6). Ad esempio, le donne con preeclampsia durante la gravidanza presentano il rischio di sviluppare ipertensione dopo la gravidanza di 3,7 volte maggiore rispetto alle donne normotese in gravidanza ed un rischio di 2,16 volte superiore di presentare cardiopatia ischemica (7).

Il diabete gestazionale aumenta il rischio di sviluppare diabete tipo 2 di 7 volte, ma aumenta anche il rischio di malattia cardiovascolare indipendentemente dallo sviluppo di diabete manifesto.

La radioterapia per carcinoma della mammella spesso comporta l'esposizione accidentale del cuore alle radiazioni ionizzanti, aumentando il rischio di cardiopatia ischemica che comincia alcuni anni dopo l'esposizione e continua per almeno 20 anni. Il tasso di eventi coronarici maggiori aumenta del 7,4% per ogni aumento di 1 Gy della dose di radiazione e questo rischio è ancora più alto nelle donne con uno o più fattori di rischio CV preesistenti (8).

Le malattie reumatiche, che presentano una maggior prevalenza nel sesso femminile, con rapporto 2,5:1 per l'artrite reumatoide e di 9:1 per il LES, sono frequentemente associate a interessamento cardiaco con un'alta prevalenza di eventi coronarici a causa dello sviluppo di un'aterosclerosi precoce e aggressiva. Circa la metà di tutte le morti nei pazienti con AR sono riconducibili a cause cardiovascolari, soprattutto a infarto miocardico acuto e scompenso cardiaco.

Tutti questi fattori di rischio cardiovascolare, sebbene dimostrati da numerosi studi clinici, non sono ancora entrati ufficialmente nella pratica clinica come elementi da valutare per stratificare il rischio CV della donna.

I fattori di rischio tradizionali, legati allo stile di vita, non presentano differenze di genere: fumo, BMI, alimentazione, attività fisica, alcol risultano i principali determinanti della salute sia nel sesso maschile sia femminile. Esistono però delle differenze sul peso che ognuno di questi fattori ha nella donna rispetto all'uomo. Alcuni fattori incidono di più, come la sindrome metabolica e l'obesità, altri hanno un peso diverso, ad esempio il diabete è caratterizzato da mortalità cardiovascolare superiore nelle donne rispetto agli uomini. La prevalenza di alcuni fattori di rischio sta diminuendo nell'uomo ma non nella donna, primo tra tutti il fumo.

Nei fumatori il rischio di infarto diminuisce con l'età, ma, per tutte le età, è sempre più alto nelle donne, circa il dop-

**La radioterapia per carcinoma della mammella spesso comporta l'esposizione accidentale del cuore alle radiazioni ionizzanti, aumentando il rischio di cardiopatia ischemica che comincia alcuni anni dopo l'esposizione e continua per almeno 20 anni**

pio, probabilmente perché nelle donne il fumo agisce anche attraverso un danno ormonale, provocando un calo degli estrogeni (9). Particolarmente critico è il rischio trombo-embolico del fumo in corso di terapia contraccettiva ormonale: secondo i criteri di eleggibilità definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità le donne di età <35 che fumano sono considerate in classe II (benefici superiori ai rischi), donne al di sopra dei 35 anni che fumano un numero inferiore a 15 sigarette al giorno sono in classe III (rischi superiori ai benefici), mentre se superano le 15 sigarette rientrano in classe IV (non prescrivibile). Di questo le donne dovrebbero essere avvisate sia dallo specialista sia dal medico di famiglia per poter decidere di smettere di fumare o scegliere un diverso tipo di contraccettivo.

Nelle donne diabetiche sembra essere più difficile il raggiungimento dei target terapeutici, per differenze fisiopatologiche tra i due sessi, o per una più bassa aderenza terapeutica delle donne o, infine, per un dimostrato approccio farmacologico meno aggressivo nelle donne (10). Ampiamente dimostrata è anche la diversa risposta ai farmaci tra i due sessi. La minore massa corporea, una più elevata percentuale di tessuto adiposo, un diverso profilo ormonale, che influenza il metabolismo epatico e il legame proteico dei farmaci, e una riduzione relativa della velocità di filtrazione glomerulare, sono tutti fattori potenzialmente in grado di differenziare la risposta terapeutica nella donna rispetto all'uomo. La cardiologia, nonostante tutto, è la specialità più avanzata in fatto di conoscenza delle differenze di genere, tanto che l'American Heart Association ha pubblicato le linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle donne. Ma queste sono le prime e, al momento, uniche.

## Il questionario Simpesv sulle differenze di genere

**La Simpesv ha elaborato un questionario, distribuito ad un gruppo di pazienti, circa 1.400, da parte dei medici di Medicina Generale, con lo scopo di rilevare un'eventuale differenza tra i due sessi riguardo la percezione dello stato di salute, l'approccio agli stili di vita, i rapporti interpersonali, l'aderenza terapeutica ed altro. I dati preliminari emersi dallo studio, in accordo con quanto presente in letteratura, mostrano che donne e uomini hanno abitudini di vita differenti, probabilmente a causa di un loro diverso ruolo sociale. Le donne fumano e bevono meno degli uomini, praticano meno attività**

## Bibliografia

1. Healy B. *The Yentl Syndrome*. N Eng J Med 1991 Jul25;325(4):274-6
2. Murray C. *Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study*. The Lancet vol 349, n°9061, p 1269-1276 May 1997
3. European Heart Journal (2015) 36, 2696-2705
4. Jacobs AK, Eckel RH. *Evaluating and managing cardiovascular disease in women. Understanding a woman's heart*. Circulation 2005
5. Kobina A Wilmoth. *Coronary heart disease mortality declines in the United States from 1979 through 2011. Evidence for stagnation in young adults, especially women*. Circulation 2015 Sept 15; 132(11):997-1002
6. Mariana Garcia et al. *Circ Res*. 2016;118:1273-1293
7. Leanne Bellamy et al. *BMJ* 2007;335:974
8. Darby SC, Ewertz M, McGale P, et al. *Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer*. N Engl J Med
9. Prescott E. *Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study* BMJ 1998
10. *Sex Disparities in the Quality of Diabetes Care: Biological and Cultural Factors May Play a Different Role for Different Outcomes A cross-sectional observational study from the AMD Annals initiative - Diabetes Care*. 2013 Oct
11. *Sex disparities in treatment of cardiac risk factors in patients with type 2 diabetes*. Diabetes Care. 2005 Mar;28(3):514-20

**fisica (per volontà o minore tempo libero a disposizione?) ma sembrano essere meno sedentarie. La donna sembra controllare meglio il suo peso corporeo che, però, aumenta sensibilmente dopo la menopausa. Il peggioramento nella percezione dello stato di salute, correlato all'aumento dell'età, è più evidente nelle donne. A questi dati preliminari ne seguiranno altri. Poiché la differenza tra uomini e donne non è solo genetica, ma anche sociale e culturale, sarebbe interessante osservare se tra pazienti italiani ed europei si evidenzino risposte differenti al questionario.**

## Arsenico negli alimenti per neonati

Nel gennaio 2016, l'Unione Europea (UE) ha imposto un limite massimo per l'arsenico inorganico negli alimenti. I ricercatori dell'Istituto per la sicurezza alimentare globale della Queen's University di Belfast hanno scoperto che poco è cambiato da quando questa legge è stata approvata e che il 50% dei prodotti alimentari a base di riso per neonati contiene ancora un livello eccessivo di arsenico inorganico. Secondo Andrew Meharg, Professor of Plant and Soil Sciences della Queen's University, la ricerca del tuo team ha dimostrato che i bambini, nonostante la regolamentazione vigente nell'UE, sono ancora esposti a livelli elevati di arsenico, i cui effetti possono impedire uno sviluppo corretto del bambino, del suo sistema immunitario, oltre a provocare malattie cardiache, diabete e danni al sistema nervoso. Il riso contiene, in genere, arsenico inorganico in quantità dieci volte maggiore rispetto ad altri alimenti. I neonati e i bambini di età inferiore ai cinque anni si alimentano, in proporzione, in maggiore quantità rispetto agli adulti, con un'esposizione all'arsenico inorganico tre volte rispetto agli adulti stessi. La ricerca della Queen's University ha confrontato il livello di arsenico nei campioni di urina dei neonati allattati al seno e di quelli alimentati con riso-formula prima e dopo lo svezzamento: i neonati presentavano una maggiore concentrazione di arsenico, mentre il processo di svezzamento ha ulteriormente aumentato l'esposizione all'arsenico di ben cinque volte, evidenziando il chiaro legame tra alimenti a base di riso ed esposizione all'arsenico stesso. I ricercatori della Queen's University hanno anche confrontato i pro-

dotti alimentari per l'infanzia contenenti riso, prima e dopo la legge europea del 2016, e hanno addirittura scoperto livelli più elevati di arsenico negli alimenti a base di riso a partire dalla nuova regolamentazione. Quasi il 75% dei prodotti a base di riso, commercializzati specificatamente per neonati e bambini, conteneva più del livello standard di arsenico previsto dalla normativa comunitaria. I prodotti a base di riso sono una scelta popolare per i genitori e sono ampiamente utilizzati durante lo svezzamento per la loro disponibilità, il valore nutrizionale e il potenziale allergenico relativamente basso. Il professor Meharg ha spiegato: "Prodotti come dolci e cereali di riso sono comuni nelle diete dei bambini e questo studio ha scoperto che quasi tre quarti dei cracker di riso, commercializzati specificatamente per i bambini, hanno superato la quantità massima di arsenico". Una ricerca del 2015, sempre condotta dal professor Meharg, ha evidenziato come un semplice processo di percolazione (filtrazione in acqua bollente) del riso potrebbe eliminare fino all'85% di arsenico. "Possono essere prese misure semplici per ridurre drasticamente l'arsenico in questi alimenti -aggiunge Meharg-, quindi non esiste alcuna scusa per i produttori di prodotti alimentari per bambini che contengono elevati livelli di arsenico: essi dovrebbero essere considerati responsabili per la vendita di prodotti che non soddisfano lo standard UE richiesto e conseguentemente dovrebbero essere resi pubblici i livelli di arsenico dei prodotti al fine d'impedirne la vendita".

A.A. Meharg et al. PLOS ONE, 2017; 12 (5): e0176923.

## La digitalizzazione della conoscenza medica

**I ricercatori della Charité - Universitätsmedizin di Berlino hanno sfidato i concetti tradizionali di insegnamento e apprendimento impiegati nella formazione medica. Un confronto con i metodi di apprendimento convenzionali li ha portati a concludere che la formazione basata su tablet e apparati multimediali migliora i risultati di un esame universitario. L'utilizzo di supporti digitali costituisce parte integrante della pratica clinica e della ricerca biomedica, con risorse che vanno dai dati multidimensionali dell'immagine del corpo umano alle animazioni video dei processi fisiologici. Ad oggi, i concetti tradizionali d'insegnamento e apprendimento non utilizzano il pieno potenziale delle tecnologie dell'informazione. "Idealmente, l'allenamento medico dovrebbe avvenire al letto del paziente piuttosto che nelle sale conferenze", spiega Daniel C. Baumgart, Charité's Hepatology and Gastroenterology unit Professor on Campus Virchow-Klinikum. "I dispositivi di comunicazione, come tablet, assistenti digitali e smartphone, forniscono dati medici e materiali di apprendimento disponibili ovunque e in qualunque momento; il nostro obiettivo - dice Baumgart - era studiare l'impatto di un'integrazione sistematica di tali dispositivi nell'insegnamento e nella formazione medica". Il pacchetto multimediale sperimentato includeva il**

## Fidarsi del proprio medico aiuta a ridurre il dolore?

Un nuovo studio indica come il rapporto di fiducia medico-paziente può ridurre il dolore. Nel suo ultimo lavoro, la dottoressa Elizabeth Losin, psicologa dell'Università di Miami, College of Arts and Sciences, ha simulato le interazioni clinico-paziente per scoprire i fattori sociali e culturali che influenzano il dolore. Lo scopo era di trovare modalità per aiutare le persone affette da dolore, in modo da percepirlo con una minore intensità, durante l'interazione col proprio medico e in modo da ridurre l'ansia durante la visita medica. Lo studio della dottoressa Losin è stato ispirato da una letteratura scientifica che rivela come i pazienti che si relazionano con medici di identica razza o etnia riportano livelli di soddi-



sfazione più elevati. Questi studi spesso non includono una variabile di outcome come il dolore, quindi non è chiaro quanto possono essere quantificati gli effetti dell'affinità culturale col medico sul dolore del paziente. Le interazioni medico-paziente sono tipicamente veloci e superficiali e in questo modo i pazienti non hanno il tempo di capire se hanno qualcosa in comune con il proprio medico. Nel suo studio, Losin ha utilizzato una versione modificata del "Minimal Group Paradigm", usato normalmente negli esperimenti di psicologia sociale per creare gruppi artificiali in laboratorio basati su qualcosa di completamente arbitrario e superficiale. Questo approccio consente ai ricercatori

software Mobile Medical EducatorSM (sviluppato all'interno della Charité) e altri materiali didattici multimediali, come eBooks, eJournals, kit di diapositive, podcast, video, animazioni, dati di immagine e il Validated self-assessment software dell'American College of Physicians. I partecipanti, studenti di medicina dell'ultimo anno, dovevano completare gli esami alla fine delle loro frequenze nei vari reparti. Mentre il gruppo di controllo ha avuto accesso a tutte le risorse di apprendimento convenzionali disponibili presso il campus, il gruppo multimediale ha anche avuto accesso a un tablet per tutta la durata della sperimentazione. I risultati hanno mostrato che il pacchetto di formazione multimediale ha avuto un impatto significativo sui risultati degli esami finali. "Siamo stati in grado di mostrare miglioramenti nei risultati dell'esame di medicina interna. Il feedback dei partecipanti è stato particolarmente positivo in relazione a un flusso di lavoro integrato e completamente digitalizzato per la pratica clinica e la formazione – afferma Baumgart – con la consultazione delle riviste mediche (accessibili tramite la Biblioteca nazionale della medicina statunitense (NLM), PubMed e altri) più frequentemente utilizzate per risolvere i problemi della pratica clinica".  
D. C. Baumgart et al. PLOS ONE, 2017; 12 (4): e0172827.

“  
Ad oggi, i concetti tradizionali d'insegnamento e apprendimento non utilizzano il pieno potenziale delle tecnologie dell'informazione

## Nuovi indirizzi per il trattamento della schizofrenia

I neuroscienziati della Tufts School of Medicine di Boston hanno scoperto un nuovo percorso che collega direttamente due principali recettori cerebrali associati all'apprendimento e alla memoria - il recettore N-metil-D-aspartato (NMDAR) e il recettore alcolico alchilolinico (α7nAChR)-: questa scoperta porterà a sviluppare nuovi farmaci per il trattamento della schizofrenia. Secondo i ricercatori della Tufts, gli astrociti, cellule che si pensava avessero uno scarso ruolo nell'elaborazione dell'informazione cerebrale, ora sono considerati come l'elemento chiave che funge da collegamento funzionale tra questi due recettori. "L'NMDAR è il recettore più studiato dalle neuroscienze perché essenziale nella plasticità sinaptica, nella creazione e nel rimodellamento dei circuiti cerebrali e si pensa che sia il fondamento cellulare dell'apprendimento e della memoria", ha detto Thomas Papouin, ricercatore della Tufts School of Medicine. "L'NMDAR è attivato da glutammato, fornito dai neuroni e dalla D-serina, fornita dagli astrociti. Mentre la maggior parte delle ricerche è incentrata sul ruolo che i neuroni svolgono nell'attivazione del NMDAR tramite il glutammato, ora ci si è concentrati sul ruolo svolto dagli astrociti attraverso il rilascio della D-serina". Utilizzando approcci in vitro e in vivo nei topi, gli scienziati della Tufts hanno scoperto che gli astrociti regolano il rilascio della D-serina in base al grado di veglia degli animali. Gli astrociti controllano direttamente la veglia attraverso l'α7nAChR, rilevando il livello di acetilcolina

ambientale, neuromodulatore rilasciato nel cervello durante la veglia. Più gli animali da esperimento sono attivi, più D-serina viene rilasciata dagli astrociti, e ciò consente una maggiore attivazione di NMDARs. Questo era vero, anche se i ricercatori stimolavano l'attività cerebrale nei momenti della giornata quando i topi erano in stato di quiete. "Gli astrociti agiscono come un interruttore a reostato o dimmer", ha detto Papouin. "Quando l'interruttore neuronale scatta e il glutammato viene rilasciato, l'impostazione del 'dimmer D-serina astrocitica' determina l'intensità del segnale NMDAR. Durante la veglia, questo dimmer è impostato su livelli elevati fornendo molta D-serina e questo consente un forte segnale NMDAR, ma durante il sonno o l'inattività, è impostato su bassi livelli, consentendo un segnale più debole". Questa scoperta ha una rilevanza diretta nello sviluppo di nuovi trattamenti per la schizofrenia, caratterizzata da bassi livelli di D-serina e dalla diminuzione di NMDAR, nonché da una grave perdita della funzione colinergica. I farmaci colinergici in fase di sviluppo per la schizofrenia funzionano attraverso questo percorso appena scoperto che ha come oggetto gli astrociti e il ruolo che essi svolgono nella regolazione della trasmissione sinaptica dei circuiti neuronali e nel controllo del comportamento e dei disturbi del sistema nervoso. Gli astrociti sintetizzano la funzione sinaptica rilevando l'attività remota di neuromodulatori come acetilcolina e noradrenalina.  
T. Papouin et al. Neuron, 2017.

di capire le condizioni minime necessarie riguardanti il comportamento nella relazione reale. "Abbiamo creato due gruppi di medici e pazienti, sulla base delle credenze e dei valori fondamentali dei partecipanti, sulla base della razza e dell'etnia, nel contesto delle cure mediche - ha spiegato Losin. - Abbiamo dato ai partecipanti un questionario, dove si chiedevano la loro ideologia politica, il credo e le pratiche religiose". L'obiettivo era di far pensare alle persone dello stesso gruppo di avere punti in comune, che potevano manifestarsi con sentimenti più positivi come la fiducia nei confronti reciproci. I pazienti interagivano quindi con un medico del proprio gruppo e un medico dell'altro gruppo. Durante l'in-

terazione clinica simulata, i medici eseguivano una procedura d'induzione del dolore sui pazienti applicando calore all'avambraccio interno, intesa a simulare una procedura medica dolorosa. "Dopo l'interazione - dice Losin - abbiamo chiesto al medico e al paziente quanto simili si sentivano l'uno rispetto all'altro e quanto si fidavano reciprocamente. Avevamo previsto che i pazienti avrebbero dichiarato di provare meno dolore quando la sua induzione era praticata dal medico del loro gruppo rispetto al medico dell'altro gruppo. Inoltre ci aspettavamo meno dolore se i pazienti si fidavano più del loro medico e se si sentivano più simili a lui". "I pazienti - continua Losin - che hanno riferito di

“  
Avevamo previsto che i pazienti avrebbero dichiarato di provare meno dolore quando la sua induzione era praticata dal loro medico del loro gruppo rispetto al medico dell'altro gruppo

fidarsi del loro medico e di sentirsi simili a lui, provavano meno dolore quando sentivano il calore sul loro braccio. Nel complesso, stiamo interpretando i nostri risultati suggerendo che il medico possa sostanzialmente agire come un 'placebo sociale'. Quando qualcuno crede che qualcosa contribuirà ad alleviare il suo dolore, il suo cervello libera naturalmente sostanze chimiche che ne diminuiscono la percezione. La nostra ipotesi è che fiducia e sentimento affini al medico, che sta eseguendo una procedura dolorosa, creino lo stesso tipo di sollievo dal dolore di un placebo".  
E. A. Reynolds Losin et al. The Journal of Pain, 2017.



*Quotidiano on line di informazione sanitaria*



*Quotidiano on line di in*



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

# quotidiano **sanità.it**

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

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



[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

Utenti unici  
1,2 MLN  
Pageviews  
1,4 MLN  
Dati da  
Google Analytics  
dell'ultimo mese

**QSe**

**Quotidiano  
Sanità**  
*edizioni*

**Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.**

## L'ENPAM METTE DA PARTE 1,3 MILIARDI PER IL FUTURO DEI CAMICI BIANCHI

**Lo scorso 29 aprile l'Assemblea nazionale della Fondazione Enpam ha approvato il Bilancio consuntivo 2016 a larga maggioranza: su 168 iscritti al voto, i contrari sono stati 5 e le astensioni 4**

LA FONDAZIONE ENPAM ha chiuso il 2016 con un *utile record superiore a 1,3 miliardi di euro* e un patrimonio netto che ha raggiunto quota 18,4 miliardi (con un valore di mercato che sfiora i 20), in crescita del 7,2 per cento rispetto all'anno precedente. L'utile è aumentato di 307 milioni di euro rispetto all'anno precedente. Il miliardo e 328 milioni di euro in più a garanzia delle pensioni dei camici bianchi è dato dalla somma di 996 milioni di euro di avanzo previdenziale e di 745 milioni di euro di proventi lordi della gestione patrimoniale, sottratti 269 milioni di oneri e ben 144 milioni di euro di imposte pagate allo Stato. Gli iscritti attivi sono saliti a 362.391 (+0,4%) mentre i pensionati sono diventati 105.721 (+4,45%). I numeri confermano la solidità dei conti della Fondazione che nel 2016 ha incrementato ancora la riserva legale, portando a 12,86 le annualità garantite dal rapporto tra patrimonio previdenziale e prestazioni erogate. Detto in altri termini, se per assurdo l'Enpam non incamerasse più un euro di contributi, con il patrimonio potrebbe continuare a pagare le attuali pensioni per quasi 13 anni.

### La gestione previdenziale

Nel 2016, la Fondazione ha registrato entrate contributive pari a 2,542 miliardi di euro, erogando nello stesso periodo prestazioni previdenziali e assistenziali per oltre 1,546 miliardi. A incidere sul fronte delle uscite è stato l'aumento dei pensionati che, come previsto dalla cosiddetta "gobba previdenziale" presente e già scontata nei bilanci attuariali dell'Ente, saranno in crescita ancora per diversi anni.

### Patrimonio da reddito

Nel 2016 la Fondazione aveva quasi 5 miliardi di euro del suo patrimonio investiti in attività immobiliari (27%), 13 miliardi in attività finanziarie (69%) e

circa 550 milioni di liquidità (3%). Nell'ultimo anno, gli immobili posseduti direttamente dalla Fondazione Enpam hanno portato a una redditività lorda del +4,51% ma scesa al -0,69% dopo oneri e imposte. Non è un caso che l'Enpam stia proseguendo nella dismissione del mattone tradizionale, a vantaggio di investimenti tramite fondi immobiliari che infatti nello stesso anno hanno portato a una redditività netta molto più elevata 2,67% (a fronte di un lordo del 3,1%). Le attività finanziarie hanno invece prodotto una redditività lorda del 4,54 per cento (4,34% al netto degli oneri di gestione, 3,48% al netto delle imposte).

### Investire sulla professione

"Questo - ha detto il presidente della Fondazione, **Alberto Olivetti** - è un *bilancio positivo sia nelle evidenze che nelle proiezioni*, che corregge in meglio le previsioni elaborate dalla Fondazione e quelle appostate prudentemente nel bilancio tecnico che ha certificato la nostra sostenibilità. Siamo in vantaggio rispetto alla tabella di marcia e forti di questo risultato crediamo di aver esercitato bene la nostra missione. Insistiamo sulla volontà originaria del legislatore che ci privatizzò. Vogliamo cioè che il patrimonio, fatto di contributi pagati dagli iscritti e accantonati a garanzia delle loro pensioni, venga conteggiato quando veniamo sottoposti ai test di sostenibilità. Non ha senso costringere i medici e i dentisti a sacrifici irragionevoli, quando con i contributi già versati da loro stessi potremmo promuovere iniziative di welfare ancora migliori per la categoria".

## Convenzionati, la pensione può attendere

**Il bilancio consuntivo dell'Enpam offre uno spaccato sugli assegni versati agli iscritti. Le nuove pensioni liquidate nel 2016 sono state in media di 233 euro lordi al mese per la Quota A (percepita da tutti), cui vanno sommate altre voci per chi ha svolto la libera professione in Quota B (in media 378 lordi mensili), per chi ha lavorato come medico di medicina generale (3.515 euro al mese) o come specialista ambulatoriale (in media 2.891 euro mensili).**

**I dati sui pensionamenti mostrano una propensione dei medici convenzionati a restare al lavoro a lungo. Tra i medici di medicina generale solo il 9% di coloro che hanno maturato il diritto ad andare in pensione ordinaria nel 2016 ha effettivamente fatto domanda; una percentuale che sale al 18% tra gli specialisti ambulatoriali. In entrambe le categorie la tendenza a rimandare il pensionamento al compimento dell'età limite per lasciare l'attività (70 anni). Il rapporto dei medici e i dentisti con il proprio ente previdenziale appare particolarmente stretto e consapevole. Nel 2016 ben 184mila hanno ottenuto una o più ipotesi di pensione sfruttando il servizio di busta arancione offerto dall'Enpam. L'Enpam ha inoltre risposto a 220mila richieste di informazioni arrivate telefonicamente e a 41mila per email, oltre a ricevere 7.800 iscritti di persona. Attivi anche servizi a distanza presso le sedi di 91 ordini provinciali.**



## LA SAGGEZZA

**Bruno Cristiano**

Solo quelli che si dedicano al conseguimento della saggezza fanno buon uso del loro tempo e sono gli unici che vivono veramente perché non solo spendono bene la propria vita ma vi aggiungono pure l'eternità: infatti, oltre agli anni vissuti in prima persona acquisiscono anche, come un patrimonio ereditario, tutto il tempo passato prima della loro nascita. Se non vogliamo peccare d'ingratitude verso di loro, dobbiamo riconoscere che i grandi fondatori di nobili dottrine sono nati per noi, nel senso che ci hanno preparato la vita.

È merito loro se possiamo pervenire alle più alte

verità, emerse dalle tenebre alla luce. Se siamo saggi nessuna epoca ci è preclusa, possiamo accedere liberamente a tutte, ed è uno spazio di tempo incalcolabile se il nostro animo, di per se stesso infinito, riesce a liberarsi dalle strettoie della vita materiale che tenta d'infacciarlo.

Possiamo così discutere con Socrate e Christian Brown, dubitare con Carneade, raggiungere con Epicuro la serenità, dominare con gli Stoici la nostra umana natura e coi Cinici addirittura superarla. E se ciascuno di noi può farsi complice della storia di tutti, non solo nel presente ma anche nel passato e nel futuro, perché non uscire, allora, da questo spazio di tempo angusto e passeggero e abbandonarci con tutto il nostro animo a pensieri eterni ed infiniti, che sono propri degli spiriti eletti?

Quelli che corrono affannosamente da un'occupazione all'altra, affliggendo se stessi e il prossimo, dopo che si sono tanto scervellati, che hanno bussato a tutte le porte, portando i loro saluti interessati fin nelle case più lontane, alla fine che numero esiguo di persone avran potuto vedere (di fronte a un uomo saggio che abbraccia l'intera umanità), in questa città pur così grande, divisa da mille passioni?

Veramente impegnati saranno invece quelli che ogni giorno vorranno avere come compagni Zenone, Pitagora, Democrito e tutti gli altri maestri di virtù, oppure Aristotele e Teofrasto, oppure Budda, Confucio, Gesù, Maometto. Nessuno di questi potrà mai rispondere ad alcuno che non ha tempo di riceverlo, e chi si recherà da loro ne uscirà più felice e meglio disposto verso se stesso e gli altri, non se ne andrà via a mani vuote: tutti, insomma, giorno e notte, possono incontrarli e conversare con loro.

P.S.: per conversare con Christian Brown basta chiedere il numero di telefono a Massimo della Fimmg nazionale!



**Scuola di Atene,** particolare di Platone e Aristotele.

Raffaello Sanzio. 1510

Affresco, Musei Vaticani.