



13 CENTRO STUDI FIMMG
Fumo, una cattiva abitudine.
I medici di famiglia sono "sentinelle" virtuose

16 SCIENZE
Demenze: la vulnerabilità femminile in menopausa

25 PREVIDENZA
Bilancio Enpam 2017: 1,16 miliardi di utile

am
**AVVENIRE
MEDICO**

IL MENSILE DELLA FIMMG
NUMERO 2 - 2018 ANNO LVI

FIMMG
Federazione Italiani Medici di Famiglia

**NUOVE NORME
SULLA PRIVACY**

**COME GESTIRE
I DATI SENSIBILI
IN SICUREZZA**

LE NUOVE REGOLE SULLA PRIVACY

Un'occasione per rafforzare il rapporto medico-paziente

Il 25 maggio scorso è diventato operativo il nuovo GDPR (*General data protection regulation*), ovvero il Regolamento dell'Unione Europea per la protezione dei dati personali. Anche i medici di Medicina Generale hanno l'obbligo di adeguarsi.

I medici di famiglia, infatti, in questi giorni stanno predisponendo quanto necessario per far fronte alle novità proposte dal nuovo regolamento. Un tema quello della privacy e della tutela del dato che ha sempre visto la categoria attenta proprio per il livello di sensibilità dei dati che gestisce. Quali novità per la Medicina Generale?

Particolare attenzione viene posta nel nuovo GDPR sulla responsabilizzazione dei titolari e dei responsabili del trattamento dei dati personali. Infatti è in capo al titolare del trattamento dei dati (nel caso della Medicina Generale in capo al medico) la responsabilità di adottare le misure e le procedure necessarie al fine di garantire una corretta applicazione del Regolamento. Sono quindi i medici i responsabili delle scelte e delle azioni relative al trattamento dei dati.

NetMedica Italia ha implementato la gamma dei servizi professionali indirizzati ai medici di medicina generale. *NetMedicaPrivacy* è lo strumento informatico progettato e elaborato specificamente dalla Medicina Generale per la Medicina Generale. Strumento semplice e intuitivo, NetMedicaPrivacy è un utile supporto a disposizione dei medici per adeguarsi a quanto previsto dal nuovo GDPR.

Non è tutto chiarito rispetto all'adeguamento per la Medicina Generale e in particolare sono due gli aspetti più importanti su cui al momento non vi è certezza.

La prima è quello della modalità di acquisizione del consenso al trattamento. Se da un lato è definito che l'informativa al paziente rispetto alla modalità del trattamento e ai soggetti che a vario titolo intervengono come responsabili o cotitolari deve essere chiara, semplice, leggibile, comprensibile, non è ancora certa la modalità di raccolta del consenso e cioè se è sufficiente un consenso espresso con un semplice "click" informatico ovvero se è necessario raccogliarlo in modalità cartacea.

Il secondo punto su cui vi sono incertezze è l'obbligo di nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO). Il medico che lavora da solo non ha questo tipo di obbligo, per le altre situazioni invece si sta valutando, non rientrando la Medicina Generale anche organizzata nei parametri indicati dal GDPR per l'obbligo di nomina.

Per entrambe le questioni diventa necessario che il Garante dia indicazioni certe. NetMedica e Fimmg hanno già avviato un'interlocuzione con il Garante. L'obiettivo del GDPR non è appesantire gli aspetti burocratici legati alla privacy, bensì responsabilizzare chi tratta dati sensibili e nel caso della medicina di famiglia significa quindi rafforzare il rapporto di fiducia medico-paziente.

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.org

Direttore responsabile
Firenze Corti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Giovanna Castellano,
Lucia Conti,
Bruno Cristiano,
Vincenza Maria Gioé,
Andrea Le Pera,
Noemi Lopes,
Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Paolo Misericordia,
Stefano A. Nobili,
Giovanni Rodriguez,
Francesca Maria Taormina

Progetto grafico e Impaginazione



Edizioni Health Communication

Editore
Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio 18
00147 Roma
i.celli@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 maggio 2018



NETMEDICAPRIVACY: GESTIRE I DATI SENSIBILI IN SICUREZZA

Il 25 maggio scorso è entrato in vigore il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR - *General Data Protection Regulation*)

IL NUOVO GDPR ATTRIBUISCE ampie autonomie ma anche maggiori responsabilità ai titolari del trattamento dei dati (nel nostro caso, a noi medici), sia in materia di gestione dei consensi che sulla adozione di comportamenti operosi in grado di dimostrare la concreta attuazione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del Regolamento.

Il mmg dovrà attuare pertanto una serie di procedure indirizzate a rafforzare la protezione dei dati personali che gestisce e a impedirne la condivisione non autorizzata.

Con questi obiettivi, gli adempimenti che il mmg dovrà svolgere consistono principalmente: nella analisi dettagliata della propria

attività, orientata ad individuare eventuali criticità per provvedere a correggerle;

nella partecipazione ad un processo di formazione continua, rispetto alle normative sulla tutela della protezione dei dati, che dovrà essere garantito anche al proprio personale di studio.

Esistono poi altri aspetti dello stesso Regolamento, sottoposti a specifici approfondimenti, sui quali emergono difficoltà e disallineamenti interpretativi, che richiedono chiarimenti per orientare correttamente le indicazioni, verso cui Fimmg si sta attivando. Ci riferiamo in particolare all'obbligo sulla designazione del RPD (Responsabile della Protezione dei Dati personali) e alla modalità per acquisire, presso lo studio del MMG, il

consenso da parte dell'assistito al trattamento dei dati.

Gli strumenti a disposizione

Gli adempimenti certi a cui il mmg deve rispondere verranno tutti supportati dall'intervento di Fimmg.

Dal portale di NetMedica Italia è stata attivata, dalla mattina di sabato 19 maggio, **NetMedicaPrivacy**, uno strumento informatico, costruito in maniera specifica per la Medicina Generale, per l'analisi dei profili di sicurezza e per l'adeguamento alle disposizioni del Regolamento. *NetMedicaPrivacy* consente, attraverso un questionario articolato sui diversi aspetti della attività del medico, di esaminare il dettaglio dei propri comportamenti e delle procedure adottate. Questo strumento produrrà, al termine della valutazione, i documenti, le raccomandazioni, gli avvisi che serviranno per adeguarsi alle disposizioni delle nuove norme.



La formazione sulla privacy

Per quanto riguarda la formazione, la normativa non prevede la necessità di acquisire un attestato di avvenuta formazione come ad esempio le questioni sulla sicurezza in ambito lavorativo, ma un "obbligo di conoscenza" per ottenere il quale il titolare dello studio medico si dovrà attivare affinché siano realizzate tutte quelle iniziative di sua competenza idonee a dimostrare un reale impegno nella acquisizione da parte sua e dei suoi Collaboratori, delle conoscenze delle nuove norme sulla sicurezza dei dati. Per tali motivi Fimmg nazionale attraverso *ApriForm*, ente formativo di ConfProfessioni, provvederà a realizzare i necessari corsi formativi per ottemperare agli obblighi di conoscenza, previsti dal nuovo regolamento. Utilizzando le risorse dei Fondi Bilaterali per la formazione continua (FondoProfessioni per il Settore degli Studi Professionali), *ApriForm*, in totale gratuitamente realizzerà piani formativi per i Collaboratori di Studio iscritti a FondoProfessioni. Ricordiamo che l'iscrizione al

Fondo è del tutto gratuita e deve essere fatta una sola volta, annotando la sigla "FPRO" sul modello UNIEMENS (ex DM-10), da parte del consulente del lavoro. Per i titolari di studio i cui collaboratori parteciperanno ai Corsi di Formazione *ApriForm*, metterà a disposizione un corso FAD sulla Privacy della durata di 8 ore per la loro formazione personale.

I corsi inizieranno da ottobre 2018 e verrà rilasciata una dichiarazione al momento della avvenuta iscrizione al Corso, per ogni partecipante, affinché ogni Titolare di Studio Medico possa dimostrare l'avvio del processo formativo volto a sviluppare maggiori conoscenze e competenze in ambito di privacy.

*Per ulteriori informazioni e iscrizioni ai corsi potranno essere consultate la pagina "area sanità e salute" del sito www.apri-form.eu o contattare la Segreteria *ApriForm* (Dr.ssa Valentina Gottardo) al numero telefonico 06 54220278.*

Per accedere allo strumento è necessario iscriversi a *NetMedica Italia*, dal suo portale www.netmedicaitalia.it alla voce "Registrati come Medico di Assistenza Primaria".

Il servizio *NetMedicaPrivacy* va ad integrare così le altre risorse che *NetMedica Italia* offre ai propri iscritti. L'iscrizione a *NetMedica Italia* ha un costo di 50,00 euro (comprensivi di IVA e detraibili).

Abbiamo previsto anche, per chi desidera comunque utilizzare unicamente il servizio *NetMedicaPrivacy*, un modalità di accesso dedicata che però avrà lo stesso costo.

Al termine della procedura di registrazione, dopo avere regolarizzato il pagamento con carta di credito (preferibile per una maggiore rapidità nella attivazione del servizio) o bonifico bancario, l'utente avrà accesso al servizio di *NetMedicaPrivacy* e alle eventuali altre funzioni abilitate.

La compilazione del questionario sarà semplice e intuitiva. Al termine, saranno proposti al medico i documenti previsti dal GDPR (in formati stampabili e/o inviabili per email), le raccomandazioni e gli avvisi.



NetMedicaPrivacy consente, attraverso un questionario articolato sui diversi aspetti della attività del medico, di esaminare il dettaglio dei propri comportamenti e delle procedure adottate

GDPR: TUTTE LE NORME IN MATERIA SANITARIA

Il nuovo regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (*Gdpr - General Data Protection Regulation*), è entrato in vigore il 25 maggio 2016, ma si applica in tutti gli Stati Membri a partire dal 25 maggio 2018. Il Regolamento intende dare vita ad un quadro più solido e coerente in materia di privacy, affiancato da efficaci misure di attuazione, e rafforzare la certezza giuridica e operativa tanto per le

persone fisiche quanto per gli operatori economici che per le autorità pubbliche. Il Regolamento UE si articola in 11 capi per un totale di 99 articoli. Ai fini dell'adeguamento della disciplina italiana nelle materie oggetto del Regolamento, il Governo Gentiloni ha varato un apposito decreto legislativo che è stato trasmesso per i pareri alle Commissioni speciali di Camera e Senato.

NUOVE REGOLE SUL CONSENSO

Per quanto riguarda la sanità il decreto legislativo se ne occupa all'articolo 6, che detta disposizioni specifiche per il **trattamento dei dati personali in ambito sanitario**, intervenendo sugli articoli da 75 a 94 del Codice della privacy. Innanzitutto, nel Capo I, relativo ai principi generali, con la modifica dell'articolo 75, la riforma delinea la cornice di liceità del trattamento dati effettuato per finalità

di **tutela della salute** e dell'incolumità fisica dell'interessato, di terzi o della collettività, richiamando le pertinenti disposizioni del Regolamento UE e della parte generale del Codice. Tale trattamento può riguardare dati particolari (es. origine razziale o etnica, convinzioni religiose, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute

Segue

GDPR: TUTTE LE NORME IN MATERIA SANITARIA

Segue

o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona) purché:

- **il trattamento sia necessario per finalità di medicina** preventiva o di medicina del lavoro, di valutazione della capacità lavorativa del dipendente, di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità (art. 9, par. 2, lett. h) del Regolamento UE). Tale professionista deve essere soggetto al segreto professionale (art. 9, par. 3, del regolamento UE);
- **il trattamento sia necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica**, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri (art. 9, par. 2, lett. i) del Regolamento UE).

Quando ricorrono queste condizioni il **consenso dell'interessato non è richiesto**.

Il trattamento dati in ambito sanitario, inoltre, deve rispettare le **misure di garanzia** per i dati genetici, biometrici e relativi alla salute. In base a tale disposizione, spetta al Garante adottare misure di garanzia ed eventualmente ulteriori condizioni sulla base delle quali il trattamento è consentito. Questa possibilità è offerta agli Stati dall'art. 9, par. 4, del Regolamento UE che, per questi dati – oltre che per i dati biometrici e genetici – consente di mantenere o introdurre ulteriori condizioni e limitazioni. Dalla lettura dell'art. 2-septies, comma 6, che consente al Garante in relazione ai dati genetici ed ai dati sanitari, diagnostici e relativi alle prescrizioni di medicinali di “individuare in caso di particolare ed elevato livello di rischio, il consenso come ulteriore misura di protezione dei diritti dell'interessato”, si desume che il Garante potrà reintrodurre il consenso per il trattamento di alcuni specifici dati relativi alla salute e per i dati genetici. In presenza di questi presupposti e requisiti il trattamento dati è lecito e, in

base al nuovo comma 2 dell'articolo 75, l'interessato non può esercitare il diritto all'oblio (articolo 17 del Regolamento) e il diritto alla portabilità dei dati (articolo 20 del Regolamento). Tali **limitazioni ai diritti** sono espressamente fondate sull'articolo 23 del Regolamento che le consente per salvaguardare la sanità pubblica (par. 1, lett. e).

Coerentemente con l'eliminazione del requisito del consenso, la riforma abroga l'articolo 76 del Codice che distingue, per la sanità pubblica, i trattamenti dati che possono essere effettuati anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione da parte del Garante, da quelli che necessitano del consenso. Il Capo II è dedicato alle modalità particolari per informare l'interessato del trattamento dati e per trattare i dati stessi. Si tratta di **disposizioni che dovranno applicare tutti gli esercenti professioni sanitarie e le strutture sanitarie e socio-sanitarie** tanto pubbliche quanto private, nonché gli altri soggetti pubblici operanti in ambito sanitario o della protezione e sicurezza sociale in base all'art. 80 del Codice. Tutti questi soggetti dovranno, anzitutto, informare l'interessato del trattamento dati.

Anche dall'**articolo 77 è eliminato ogni riferimento al consenso dell'interessato**.

L'articolo 78, relativo alle **informazioni che devono rendere il medico di**



Il trattamento dati in ambito sanitario deve rispettare le misure di garanzia per i dati genetici, biometrici e relativi alla salute

medicina generale o il pediatra, è coordinato con la modifica dell'articolo 77, e dunque con il rinvio alle informazioni previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento, che questi medici potranno rendere con **un'unica informativa**, relativa al complesso del rapporto medico/paziente che si protrarrà nel tempo.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

È inoltre integrato l'elenco dei trattamenti rispetto ai quali le informazioni devono evidenziare specifici rischi per i diritti e le libertà fondamentali: alla ricerca scientifica, alla teleassistenza o telemedicina ed ai servizi resi attraverso la comunicazione elettronica si aggiungono ora il **fascicolo sanitario elettronico e i sistemi di sorveglianza ed i registri nel settore sanitario** (disciplinati dall'art. 12 del decreto-legge n. 179 del 2012).

Il **fascicolo sanitario elettronico (FSE)** è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Il FSE – che deve consentire anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari on line – è istituito dalle regioni e province autonome, a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; programmazione



sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria. Al fascicolo sanitario elettronico si accompagna il **dossier farmaceutico**, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione.

I REGISTRI

I sistemi di sorveglianza e i registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, di trattamenti costituiti da trapianti di cellule e tessuti e trattamenti a base di medicinali per terapie avanzate o prodotti di ingegneria tissutale e di impianti protesici sono istituiti ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita. Con queste due integrazioni all'articolo 78, lo schema di decreto legislativo può procedere all'abrogazione degli articoli 91 e 94 del Codice, rispettivamente relativi ai dati trattati mediante carte e ai registri in ambito sanitario.

NORME DI COORDINAMENTO

Finalità di coordinamento normativo hanno anche le modifiche all'articolo 79 del Codice, in relazione alle informazioni che devono rendere le strutture sanitarie pubbliche e private, e all'articolo 80 del Codice, in relazione agli altri soggetti pubblici operanti in ambito sanitario o della protezione e sicurezza sociale: anche queste strutture potranno utilizzare un'unica informativa, in riferimento a una pluralità di prestazioni erogate da distinti reparti o articolazioni della struttura. L'articolo 81 del Codice, relativo alla prestazione del consenso, è abrogato. L'articolo 82, relativo alla possibilità di rendere le informazioni sul trattamento dati successivamente all'erogazione della prestazione sanitaria – in presenza di una emergenza – è coordinato con la previsione delle informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento ed è integrato, quanto alla possibilità di rendere le informazioni ai congiunti, da un richiamo alle unioni civili (legge n. 86 del 2016) e al fiduciario disciplinato

nell'ambito delle disposizioni anticipate di trattamento (legge n. 219 del 2017, art. 4).

Gli articoli 83 e 84, che specificano alcune cautele a tutela della privacy da osservare da parte degli organismi sanitari e degli esercenti professioni sanitarie nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, nonché nella comunicazione di diagnosi o referti all'interessato, sono abrogati. In merito interviene ora l'articolo 2-septies del Codice, che individua misure di garanzia per il trattamento dei dati genetici, biometrici e relativi alla salute e che prescrive al Garante, nel provvedimento che ogni due anni delinea le misure di garanzia, di individuare anche cautele relativamente a "b) profili organizzativi e gestionali in ambito sanitario; c) modalità di comunicazione diretta all'interessato delle diagnosi e dei dati relativi alla propria salute" (comma 4).

Il Capo III del titolo dedicato ai trattamenti in ambito sanitario, composto dagli articoli 85 e 86 del Codice, che attribuiscono la qualifica di rilevante interesse pubblico a una serie di attività del Servizio sanitario nazionale e alle attività amministrative inerenti a maternità, tossicodipendenze e handicap, è abrogato. Le corrispondenti qualificazioni sono sostanzialmente contenute ora nell'articolo 2-sexies del Codice, con particolare riferimento alle lettere q), r) ed s).

La riforma abroga gli articoli 87, 88 e 89 del Codice, che disciplinano le prescrizioni mediche. Viene infatti inserito un nuovo articolo 89-bis, per disciplinare il caso in cui la prescrizione di medicinali non richieda l'inserimento del nominativo dell'interessato. In tal caso si rinvia comunque alle cautele particolari che dovrà dettare il Garante nell'ambito del provvedimento contenente le misure di garanzia in base all'articolo 2-septies.

La riforma abroga il Capo V, composto dal solo articolo 90, relativo ai dati genetici. Si tratta della disposizione che oggi consente il trattamento di tali dati solo previa autorizzazione rilasciata dal Garante sentito il Ministro della salute e con il parere del Consiglio superiore di sanità.

A seguito dell'abrogazione, si applica il Regolamento UE, che anzitutto definisce i dati genetici come "i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che



È inoltre integrato l'elenco dei trattamenti rispetto ai quali le informazioni devono evidenziare specifici rischi per i diritti e le libertà fondamentali: alla ricerca scientifica, alla teleassistenza o telemedicina ed ai servizi resi attraverso la comunicazione elettronica si aggiungono ora il fascicolo sanitario elettronico e i sistemi di sorveglianza ed i registri nel settore sanitario

forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione". Si tratta di dati personali particolari (art. 9 del Regolamento) che possono essere trattati solo con il consenso espresso dell'interessato ovvero se ricorrono altri presupposti di liceità espressamente elencati dall'art. 9, par. 2, del regolamento (come, ad esempio, esigenze di diagnosi in ambito sanitario). Inoltre, in base al par. 4 dell'art. 9 "Gli Stati membri possono mantenere o introdurre ulteriori condizioni, comprese limitazioni, con riguardo al trattamento di dati genetici, dati biometrici o dati relativi alla salute".

In merito, interviene l'articolo 2-septies del Codice che, fermo il divieto di diffusione dei dati genetici, consente al Garante di dettare – per i dati genetici e sanitari – misure di garanzia, sentito il Ministro della salute che, a tal fine, acquisisce il parere del Consiglio superiore di sanità, che possono spingersi fino a prevedere il consenso come ulteriore misura di protezione dei diritti dell'interessato (comma 6). Infine, quanto al Capo VI, che reca disposizioni varie, la riforma:

- abroga l'articolo 91, sui dati trattati mediante carte anche non elettroniche; l'abrogazione è compensata dall'introduzione del richiamo dal fascicolo sanitario elettronico all'articolo 78;
- apporta limitati interventi di coordinamento all'articolo 92, sulle cartelle cliniche;
- non modifica l'articolo 93 sul certificato di assistenza al parto;
- abroga l'articolo 94, su banche dati, registri e schedari in ambito sanitario. Anche questa abrogazione è compensata dall'inserimento nell'articolo 78 di un riferimento ai sistemi di sorveglianza ed ai registri di cui all'art. 12 del decreto-legge n. 179 del 2012.

In relazione al trattamento dati in ambito sanitario, il nuovo articolo 166 del Codice, sanziona la violazione degli obblighi di tenuta delle cartelle cliniche (art. 92) e di redazione del certificato di assistenza al parto con la possibile applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria fino a 10 milioni di euro o, per le imprese, fino al 2% del fatturato mondiale totale annuo dell'esercizio precedente, se superiore.

OPERARE IN UNA DIMENSIONE EUROPEA: FIMMG COLLABORA CON EPCCS



LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI rappresentano la patologia più importante che si presenta ai medici di base in Europa, in base alla sua posizione come prima causa di morte (attraverso infarto miocardico e ictus), la causa più comune di morte prematura (prima dei 65 anni) e una delle principali cause di disabilità. Di conseguenza, le malattie cardiovascolari rappresentano un notevole onere finanziario per i sistemi di assistenza sanitaria in tutta Europa, con due delle manifestazioni più comuni di malattie cardiovascolari, vale a dire ictus e insufficienza cardiaca, che occupano le due mi-

gliori condizioni più costose da trattare. L'obiettivo dell'EPCCS è rivolto agli interessi di coloro che lavorano nell'ambito delle cure primarie e mira a utilizzare la considerevole base di prove attualmente esistente e contribuisce ad estendere le prove scientifiche ove opportuno. L'obiettivo principale per la Società è l'educazione dei fornitori di assistenza sanitaria. Tra le attività correnti dell'EPCCS vi sono i simposi, organizzati attorno a importanti incontri di assistenza primaria, come WONCA e una Conferenza annuale indipendente su temi clinici. Inoltre, sono in

Nella foto in alto il Presidente **EPCCS** **Richard Hobbs** e alcuni componenti dell'Esecutivo

La struttura EPCCS

L'EPCCS ha adottato una nuova struttura nel 2017, attraverso la quale l'EPCCS è collegato con i professionisti dell'assistenza primaria nella maggior parte dei paesi europei.

Esecutivo EPCCS

Richard Hobbs, Presidente; **Monika Hollander**, Paesi Bassi, Segretaria; **Christos Lionis**, Grecia; **Jan Oltrogge**, Germania; **Michaela Macháčová**, Slovacchia; **Carlos Brotons**, Spagna; **Didier Duhot**, Francia; **Walter Marrocco**, Italia; **Clare Taylor**, Regno Unito.

Consiglio EPCCS

Nel dicembre 2017 è stato istituito il Consiglio EPCCS, nel quale sono rappresentati più di 20 paesi, con lo scopo di collegare EPCCS con i medici generici e le società di assistenza primaria in diversi paesi ed espandere le attività di EPCCS, per sostenere meglio l'assistenza cardiovascolare primaria in tutta Europa.

Per l'Italia partecipano **Fiorenzo Corti** e **Daniela Livadiotti**.

fase di revisione stretti legami con la Società europea di cardiologia (ESC) per avvicinare l'EPCCS ai colleghi specialisti.

Malattie cardiovascolari in Europa

Le malattie cardiovascolari hanno un impatto importante sulla mortalità, sul costo e sulla qualità della vita in tutti i paesi europei e sono in gran parte prevenibili. Un'ampia percentuale di malattie cardiovascolari potrebbe essere prevenuta con le sole modifiche dello stile di vita. Un mix bilanciato di approcci comunitari e medici è il massimo per prevenire la CVD. La prevenzione primaria richiederà un'espansione delle valutazioni dei fattori di rischio e del punteggio globale del rischio, dando la priorità agli interventi economicamente vantaggiosi nelle persone a rischio moderato e ad alto rischio. L'assistenza primaria svolge un ruolo importante nel rilevamento, nel trattamento e nel monitoraggio di pazienti con rischio aumentato di malattie cardiovascolari. Pertanto, molti paesi europei hanno programmi su larga scala per migliorare la prevenzione e la gestione del rischio delle malattie cardiovascolari nelle cure primarie. Per saperne di più si può visitare il sito web della Società <https://ipccs.org/>, ed iscriversi gratuitamente attraverso lo stesso Sito. Nel prossimo Congresso Nazionale Fimmg-Metis in ottobre, ci sarà uno specifico WorkShop sulle Patologie cardiovascolari organizzato in collaborazione con EPCCS.

Cos'è EPCCS

La *European Primary Care Cardiovascular Society* (EPCCS), fondata nel 2000, mira a fornire un focus di supporto, educazione, ricerca e politica su questioni relative alle malattie cardiovascolari all'interno delle strutture di assistenza primaria. L'obiettivo dell'EPCCS è rivolto agli interessi di coloro che lavorano nell'ambito delle cure primarie come i MMG. L'EPCCS si propone di fornire agli operatori sanitari che lavorano nell'ambito delle cure primarie strumenti per:

- comprendere e utilizzare la considerevole base di prove per la prevenzione e la gestione delle CVD attualmente esistenti;
- contribuire ad estendere la base di

prove laddove appropriato. L'EPCCS svolge un'importante azione di collegamento tra le cure primarie e le società specialistiche; in particolare all'interno dello spettro delle malattie cardiovascolari svolge un'azione di interazione con e le Società che si interessano delle Cure Primarie: **EPCCS** è un gruppo di interesse speciale di WONCA Europe; **EPCCS** è una "organizzazione sorella" dell'ESC (European Society of Cardiology), con membri del consiglio **EPCCS** che rappresentano le cure primarie in molte delle linee guida specialistiche dell'ESC; **IPCCS** è la filiale internazionale che mira a fornire supporto globale ai medici di Medicina Generale.

“**L'obiettivo dell'EPCCS è rivolto agli interessi di coloro che lavorano nell'ambito delle cure primarie e mira a utilizzare la considerevole base di prove attualmente esistente e contribuisce ad estendere le prove scientifiche ove opportuno**”



DA SALERNO A COLOGNO MONZESE, PER AMORE DELLA MEDICINA GENERALE

Gabriella Torre viene dalla Campania, si specializza in radioterapia ma ama la Medicina Generale. E per poterla praticare si trasferisce in Lombardia

CI METTIAMO IN CONTATTO CON GABRIELLA TORRE nel tardo pomeriggio. È ancora in ambulatorio, ma può parlare e ci spiega subito perché: “Sono nello studio di Cologno Monzese e al momento ho pochissimi pazienti, essendo arrivata solo tre giorni fa”.

La dottoressa, infatti, è di Salerno ma ha scelto di trasferirsi in Lombardia.

Dottoressa Torre, come è arrivata a Cologno Monzese?

Bella domanda! Con esattezza non so nemmeno io come ci sono arrivata. Ho una specializzazione in radioterapia e ho lavorato in questo settore per circa otto anni di cui quattro nel reparto di oncologia nella sezione staccata dell’Ospedale Gemelli a Campobasso. Ma avevo la passione per la Medicina Generale e così decisi di iscrivermi al corso. Me ne ero innamorata durante il tirocinio post laurea con un medico di Medicina Generale straordinario, Umberto De Camillis, che è stato il mio maestro e con il quale ancora oggi mi confronto, chiedendo aiuto e consigli quando ne ho bisogno. Un cordiale rapporto di collaborazione professionale che si è trasformato in un autentico rapporto di amicizia.

A cura di
Eva Antoniotti

Ma in quale settore lavorava?

Dopo il corso ripresi a lavorare come radioterapista a Napoli perché, nonostante un buon punteggio nella graduatoria campana, il momento per fare il medico di Medicina Generale nella mia regione non arrivava. Decisi, allora, di inviare le domande in Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte. Lo scorso agosto, durante una vacanza, incontrai per caso una collega di Cologno, le dissi della mia domanda e lei mi raccontò del suo lavoro. Rientrata dalla vacanza ripresi la mia attività in attesa di una chiamata che non si fece attendere molto. A gennaio fui invitata a Milano per scegliere l’ambito territoriale in cui lavorare. Mentre in Campania non ero mai arrivata in posizione utile, qui, col mio punteggio, mi trovai ad essere la prima a scegliere. Pensando alla collega, ai racconti che mi aveva fatto sulla sua attività, scelsi Cologno Monzese che era disponibile. Ed eccomi qua.

Secondo lei, perché c’è tanta differenza tra queste due Regioni?

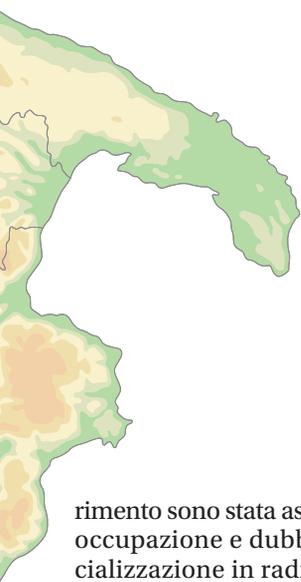
Forse perché in Campania ci sono molti più medici e pochi fondi da investire. Di più non saprei dirle.

Torniamo a Cologno Monzese...

Sull’onda dell’entusiasmo la scelta è stata semplice, ma al momento del trasfe-



In Campania avevo un contratto a tempo indeterminato, avrei potuto continuare a lavorare nella radioterapia ma, come ho già ho detto, volevo entrare nella Medicina Generale a tutti i costi



po. Il medico ospedaliero visita il paziente in un momento, ma il giorno dopo sarà un altro collega a controllarlo. Nella Medicina Generale, invece, c'è una continuità, si instaura un rapporto medico-paziente duraturo e questo pensiero mi dà serenità.

Forse è troppo presto per avere un quadro preciso...

Ho fatto tante sostituzioni in Medicina Generale e tanta guardia medica negli anni scorsi in Campania, quindi conosco l'ambiente e sapevo bene cosa avrei trovato, almeno dal punto di vista lavorativo.

Posso chiederle quanti anni ha?

Ho 39 anni.

Non è un'età semplice per compiere un cambiamento così radicale!

Certo, è più difficile che a 25 anni, ma non ho figli e forse ho uno spirito più giovane della mia età anagrafica.

Insomma, trasferirsi in Lombardia è stata una scelta o le circostanze l'hanno costretta a farlo?

Nessuna costrizione. In Campania avevo un contratto a tempo indeterminato, avrei potuto continuare a lavorare nella radioterapia ma, come ho già ho detto, volevo entrare nella Medicina Generale a tutti i costi. Questo era il mio scopo e quello per cui ho lottato anche se mi è costato la lontananza da casa. E sono sicura che nel tempo non me ne pentirò.

Perché è così sicura?

Perché il modo di lavorare che vedo qui è più consono alla mia mentalità: più ordinato, più sistematico e più all'avanguardia. Sicuramente non sarà tutto perfetto, ma è innegabile che il Sud ha numerosi problemi e sia i medici sia i



Ho una specializzazione in radioterapia e ho lavorato in questo settore per circa otto anni di cui quattro nel reparto di oncologia nella sezione staccata dell'Ospedale Gemelli a Campobasso. Ma avevo la passione per la Medicina Generale e così decisi di iscrivermi al corso

pazienti devono affrontare tante difficoltà: meno mezzi, meno tecnologia, meno fondi da investire, carenza di posti letto, turni di lavoro massacranti... Con questo non intendo parlare male della mia terra, non lo farei mai. Non rinnego le mie origini e amo il Sud nonostante i suoi problemi. Ci sono tante brave persone che si sforzano di migliorare le cose impegnandosi secondo le loro possibilità.

Nella realtà campana si è sentita stretta?

Sì, mi sono sentita stretta, ho sentito di non poter esercitare la mia professione come volevo. Nella Medicina Generale la professione è qualcosa in più: bisogna metterci il cuore, impegnarsi, dedicarsi. Ma questo non basta se i pazienti non possono usufruire di strutture che offrono il meglio, esami all'avanguardia.

Insomma, lei si è trasferita per lavorare meglio?

Sì, non avrei compiuto una scelta così impegnativa se non avessi avuto motivazioni importanti.

Ora qual è il suo obiettivo nell'immediato futuro?

Raggiungere un numero di pazienti elevato perché questa sarà la dimostrazione che sto lavorando bene.

Ancora una domanda. Come medico donna ha sperimentato particolari difficoltà nel suo percorso di lavoro?

Purtroppo in passato sì, dalle più innocue a quelle più pesanti. A volte alcuni pazienti entravano nello studio e chiedevano: "Signorina, dov'è il dottore?", perché nel loro immaginario il medico è sempre "maschio". Altre volte durante i colloqui di lavoro mi è stato chiesto se avevo figli o avessi intenzione di averne. Alcune colleghe in maternità sono state licenziate, mentre altre al rientro sono state messe un po' da parte. Dure difficoltà si incontrano anche in guardia medica, soprattutto nelle zone montuose, quando di notte e con il maltempo devi raggiungere dei pazienti in posti impervi e sperduti completamente da sola. Ora, nel mio studio e con i miei pazienti, mi sembra di non sentire più discriminazioni.

Oltre il 90% dei pazienti con dolore riceve la prima terapia dal medico di famiglia



OLTRE IL 90% DEI PAZIENTI con dolore riceve la prima terapia dal medico di famiglia. È quanto emerge da un questionario realizzato dal Centro studi della Fimmg, per il secondo anno consecutivo, in occasione della Giornata del Sollievo, su un campione di 500 medici di Medicina Generale.

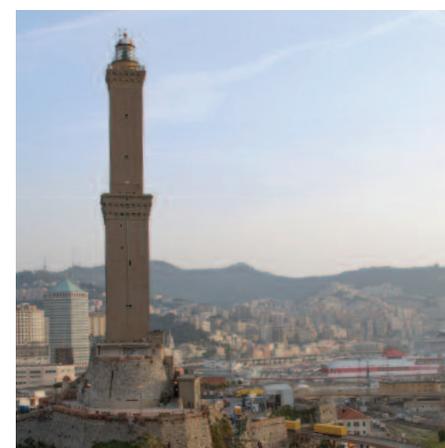
Il 95% del campione dichiara di prescrivere la terapia nel corso della prima visita di un paziente con dolore. Nel 2018 è confermato il dato secondo cui i pazienti con dolore sono normalmente presi in carico dal mmg. Vengono inviati raramente a visita specialistica, anche se sono in aumento rispetto allo scorso anno i medici che dichiarano di inviarli "spesso" (il 24,6% vs 19,3%). Per la quasi totalità dei mmg il problema del dolore è rilevante. Per il 61% molto rilevante, per il 19% estremamente rilevante, per il 29% rilevante o ab-

“**Il 95% del campione dichiara di prescrivere la terapia nel corso della prima visita di un paziente con dolore**

bastanza. Solo per l'1% è poco rilevante. Il campione conferma, nella sostanziale totalità, di sapere dell'esistenza della Legge 38/2010. In particolare è conosciuta bene da circa un terzo dei medici. La maggioranza tuttavia riferisce di conoscerla in modo approssimativo. "Non sembra essere cambiata la percezione dell'esistenza del sistema delle cure palliative sul territorio - spiega Paolo Misericordia, responsabile del Centro Studi della Fimmg - Continua a rimanere una percentuale del 15% di medici che affermano che non è disponibile nel loro territorio o che comunque non conoscono questa risorsa. Sarebbe però emergere, nel confronto tra i due anni, una tendenza all'aumento della soddisfazione dei medici rispetto al livello di integrazione con la rete delle cure palliative dei malati sul territorio".

Liguria. Il 53% dei medici aderisce all'Accordo sulla Cronicità

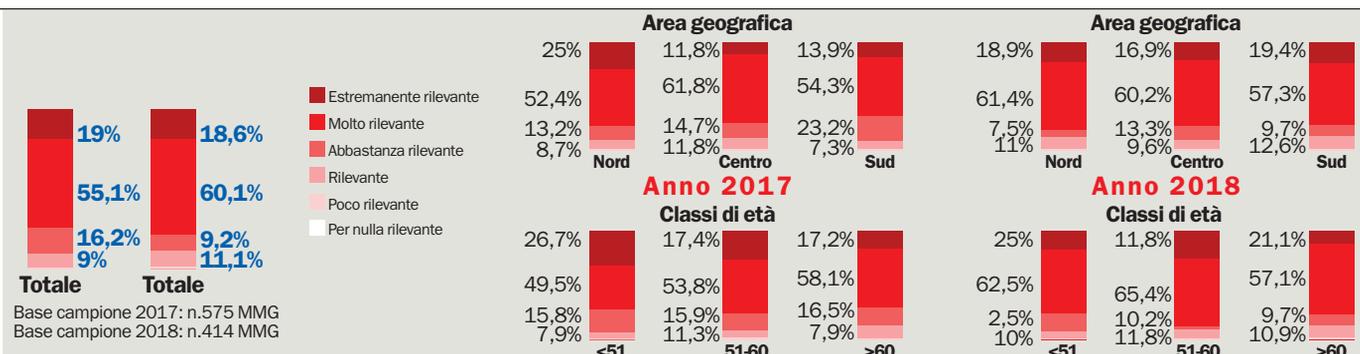
Al via l'Accordo integrativo regionale, che dà attuazione al Piano nazionale Cronicità in Liguria. L'Accordo, di cui avevamo dato notizia sul n.5/2017 di Avvenire Medico) ha registrato un'altissima adesione fin da questo primo momento. Il 53% dei medici di famiglia liguri, infatti, ha deciso di partecipare, sottoscrivendo con i propri pazienti un Pai, ovvero il piano di assistenza



individuale, che per il 2018 è rivolto a pazienti cronici per diabete e Bpco. In tutto sono circa 10mila i pazienti che, avendo come "gestore" del Pai il proprio medico di Medicina Generale, seguiranno le procedure di controllo monitoraggio stabilite. Soddissfatto Andrea Stimamiglio (Fimmg Liguria) per un risultato che andato anche oltre le aspettative: "Credo che il motivo sia che si tratta di un progetto semplice, 'nostro', cioè aderente al modo di lavorare dei medici di Medicina Generale. Entro il prossimo mese di giugno saranno definite altre due patologie croniche da seguire con le stesse modalità".

Figura

Quanto è rilevante il problema "DOLORE" (acuto, cronico, da patologia oncologica) nella tua pratica quotidiana?



FUMO, UNA CATTIVA ABITUDINE. I MEDICI DI FAMIGLIA SONO "SENTINELLE" VIRTUOSE

Nel maggio 2018, il Centro Studi della Fimmg ha condotto una survey tra i propri iscritti sulla gestione del medico di Medicina Generale dell'abitudine al fumo, i cui risultati sono stati presentati in occasione della Giornata mondiale senza tabacco del 31 maggio



Paolo Misericordia
Responsabile Centro Studi Fimmg

NEL MAGGIO 2018, il Centro Studi della Fimmg ha condotto una survey tra i propri iscritti sulla gestione del medico di Medicina Generale dell'abitudine al fumo, i cui risultati sono stati presentati in occasione della Giornata mondiale senza tabacco del 31 maggio.

L'indagine, condotta tramite un breve questionario, ha riportato le percezioni di un campione di medici di famiglia rispetto al fenomeno dell'uso del tabacco cercando di capire come il medico lo affronta.

Hanno risposto al questionario 563 medici, il 49,3% del Nord, il 23,0% dal centro e il 27,7% del sud e delle isole; il 68% di genere maschile, il 32% di genere femminile; il 37% che lavora in gruppo, il 25% in rete, l'11% in associazione, il 18%

da soli, il 3% medici di CA, il 6% altro o pensionati.

L'abitudine al fumo è in aumento o in calo?

Uno degli elementi di maggior rilievo dell'indagine riguarda la percezione dei medici rispetto all'andamento attuale dell'abitudine al fumo. Alla domanda se questo fenomeno, secondo la propria percezione, stesse aumentando, rimanendo stabile o diminuendo, la maggioranza dei medici (il 51,2% del campione) ha risposto "Diminuendo", il 37,7% "Rimanendo sostanzialmente stabile", l'11,2% "Aumentando". Nessuna sostanziale variazione emerge da una stratificazione del campione per le diverse zone del territorio nazionale; la percentuale di chi afferma che

l'abitudine tabagica sta diminuendo, è più elevata tra i medici di genere maschile e i medici fumatori (rispettivamente del 55,8% e del 57,9%), più contenuta tra i medici di genere femminile (41%) e tra coloro che non hanno mai fumato (36,8%).

Tale percezione si pone in apparente contrasto rispetto a quanto emerso dai dati appena pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, dai quali emerge invece, da un paio di anni a questa parte, che i fumatori stanno invece aumentando, in particolare tra i giovanissimi tra 14 e 17 anni. Potrebbe essere quest'ultimo aspetto, che riguarda quindi una fascia di popolazione poco rappresentata tra gli assistiti dei medici di famiglia, ad avere condizionato in qualche modo la risposta. Dovrebbe essere sottolineato inoltre



L'indagine, condotta tramite un breve questionario, ha riportato le percezioni di un campione di medici di famiglia rispetto al fenomeno dell'uso del tabacco cercando come il medico lo affronta

che il medico percepisce una maggiore preoccupazione dei genitori per altre dipendenze dei propri figli, elemento che giustificerebbe ulteriormente una contenuta percezione dell'entità del fenomeno. Infatti, alla domanda "Hai l'impressione che i genitori di ragazzi adolescenti siano preoccupati per l'abitudine al fumo dei propri figli?", il 21,5% risponde che sono preoccupati per l'abitudine al fumo come per quella di altre dipendenze; il 57,4% che sono preoccupati, ma le maggiori preoccupazioni sono indi-



rizzate a possibili altre dipendenze; il 21,3% che sono unicamente preoccupati per la possibile dipendenza da altre sostanze. Sembrerebbe che l'abitudine al fumo del medico possa condizionare tale risposta: tra i medici fumatori è più elevata (38,6%) la quota di coloro che riferiscono che i genitori sono preoccupati per l'abitudine al fumo come per quella di altre dipendenze (Fig. 1).

Il fumo come fattore di rischio
Molto alta è la percentuale (74,6%) di co-

Figura 1

Percentuali di risposte alla domanda: "Hai l'impressione che i genitori di ragazzi adolescenti siano preoccupati per l'abitudine al fumo dei propri figli?"

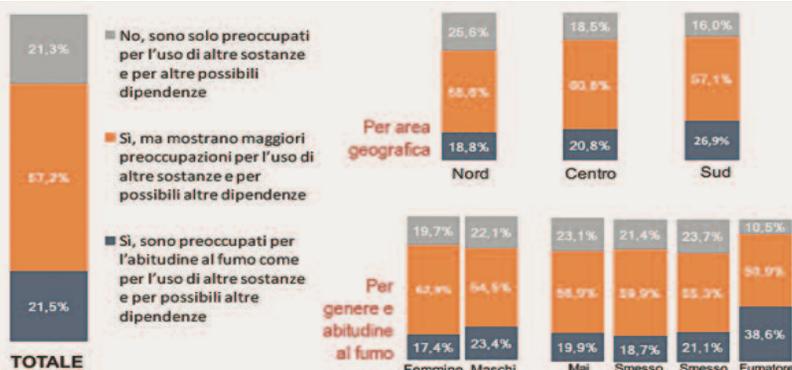


Figura 2

Percentuali di risposte alla domanda: "Con quale frequenza registri il dato relativo al consumo di tabacco dei tuoi assistiti sul tuo software gestionale di studio?"

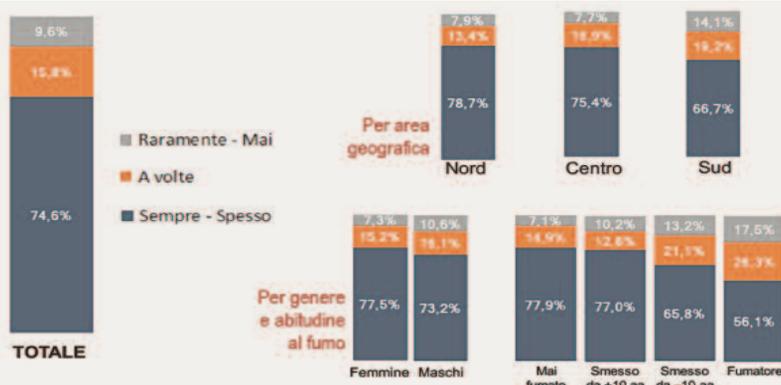
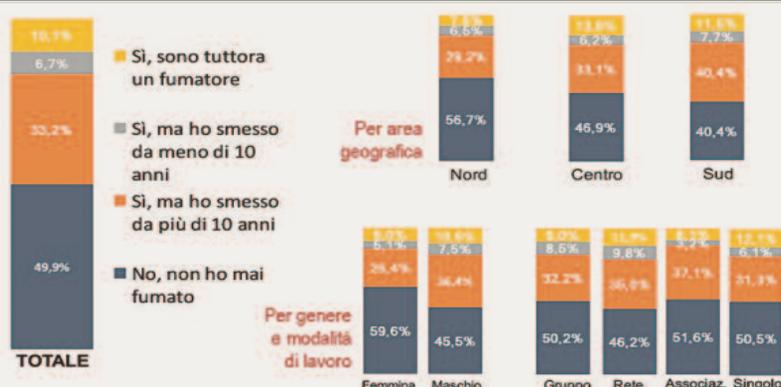


Figura 3

Percentuali di risposte alla domanda: "Hai mai fumato?"



loro che affermano di registrare “sempre – spesso” il dato relativo al consumo di tabacco degli assistiti sul proprio software gestionale di studio (la percentuale si riduce al 56,1%, anche in questa occasione, tra i medici fumatori) (Fig. 2). Questo tasso così elevato di medici che puntualmente registrano il dato “fumo” dei loro assistiti, evidenzia quanto la medicina di famiglia abbia percepito l’importanza di questa informazione, quanto ne tenga conto ai fini delle stratificazione dei rischi e come sia attenta a monitorare fenomeni connessi



L’indagine rileva la percezione della medicina generale sul problema dell’abitudine al fumo; ne deriva un quadro in cui i MMG, pur risultando nel complesso attenti al monitoraggio del fenomeno, sono inevitabilmente condizionati dal vissuto nei confronti dello stesso problema da parte della popolazione assistita e, in qualche valutazione, influenzati dall’essere o meno coinvolti nell’abitudine tabagica

a fattori di rischio comportamentali. Raro appare l’utilizzo di stampati o altro materiale per supportare il consiglio alla cessazione dal fumo: rispondono di utilizzarli “mai – raramente” il 49,0% dei medici, “a volte” il 29%, “sempre – spesso” il 22%. Poco frequente è anche la prescrizione di farmaci per aiutare a cessare l’abitudine al fumo: il 65,9% riferisce di prescriverli “mai – raramente” (percentuale che aumenta fino al 78,8% tra i medici che lavorano da soli), il 25,9% “a volte”, l’8,2% “sempre – spesso”.

Ma i medici fumano?

Per caratterizzare meglio il campione e per valutare eventuali orientamenti nelle risposte condizionati dal proprio stato di fumatore, è stata rilevata anche l’eventuale abitudine tabagica dello stesso medico: il 50% del campione riferisce di non aver mai fumato (il 56,7% al Nord e il 40,4% al Sud), il 40% di avere smesso e il 10% di continuare a fumare (Fig. 3). L’indagine rileva la percezione della medicina generale sul problema dell’abitudine al fumo; ne deriva un quadro in cui i MMG, pur risultando complessivamente attenti al monitoraggio del fenomeno, sono inevitabilmente condizionati dal vissuto nei confronti dello stesso problema da parte della popolazione assistita e, in qualche valutazione, influenzati dall’essere o meno coinvolti nell’abitudine tabagica.



Un nuovo magazine digitale dedicato a probiotici e alimentazione

Un’informazione dedicata ai medici, curata da un board di esperti che ogni mese seleziona le principali news, i video più interessanti, gli articoli e le interviste più autorevoli pubblicate in rete sul tema della nutrizione e dei probiotici. È questo l’obiettivo di *Probiotics Digest* (www.probioticsdigest.it), la nuova rivista digitale editata da VyvaMed e supportata da **Yakult Italia**, sfogliabile su tutti i dispositivi mobili tramite la piattaforma Flipboard.



Il nuovo progetto editoriale è rivolto esclusivamente alla comunità medica e promette agli operatori del settore di avere costantemente a portata di mano le notizie più importanti sui temi di alimentazione e probiotici.

“Siamo consapevoli del fatto che il tempo è una risorsa preziosa per i medici, per questo abbiamo pensato a uno strumento utile che consenta di avere tutte le notizie più rilevanti raccolte in un unico luogo e fruibili da qualsiasi dispositivo”, ha commentato Arianna Rolandi, Direttore Scientifico e Relazioni Esterne di Yakult Italia. “La relazione con i Professionisti della salute è per noi fondamentale e si basa, in primo luogo, sull’ascolto e sul dialogo aperto; questo progetto nasce infatti dall’esigenza espressa dalla classe medica di ricevere servizi sempre più orientati ad agevolare la pratica quotidiana, all’interno dell’area di elezione della nostra Azienda, quella dei probiotici”.

DEMENZE: LA VULNERABILITÀ FEMMINILE IN MENOPAUSA

In una società globale sempre più vecchia, le demenze costituiscono un problema molto rilevante di sanità pubblica e, anche in Italia, il numero totale dei casi di demenza è stimato intorno ad un milione. Studi attendibili stimano che, nel 2020, il numero dei casi di demenza supererà i 48 milioni nel mondo, di cui 15 milioni solo nei Paesi dell'Unione Europea, con una ratio femmine/maschi che ipotizza più del doppio dei casi per il genere femminile rispetto al maschile

“
Lo sviluppo dei sintomi depressivi è determinato dalla deplezione di estrogeni, progesterone e testosterone, responsabili dello sviluppo di alcune patologie caratterizzate da deficit cognitivo

PER LE DONNE uno dei fattori di rischio, parzialmente modificabile per la demenza, è determinato dal periodo successivo ai 12 mesi consecutivi di amenorrea, denominato *menopausa*. Tale evento, quando insorge spontaneamente si definisce: normale, se si instaura tra i 45 e i 55 anni; precoce, prima dei 45 anni; tardivo, dopo i 55 anni. L'inizio dell'amenorrea si può stabilire con esattezza solo quando è successiva all'isterectomia con ovarosalpingectomia bilaterale. Normalmente, la cessazione del flusso mestruale avviene in maniera graduale, in un periodo piuttosto lungo (due anni circa) che comprende l'inizio delle irregolarità mestruali e i dodici mesi successivi all'ultima mestruazione. Tale periodo, definito *perimenopausa*, è caratterizzato da una fase di cambiamento accompagnata da disturbi **fisici** (aumento ponderale, secchezza della cute e delle mucose, manifestazioni edemigene), **psicosomatici** (sudorazione profusa, vampate di calore, cefalee) e **psichici** (disturbi del sonno, ansietà, difficoltà di concentrazione, alterazione del tono dell'umore che dalla lieve tristezza si può spingere sino alla depressione).

La “finestra di vulnerabilità”

Numerosi studi hanno posto l'attenzione sullo sviluppo di vari sintomi depressivi che si manifestano durante la cosiddetta *finestra di vulnerabilità*, collocabile nel periodo della perimenopausa e caratterizzata da un corteo sintomatologico che può presentare un'importante variabilità interindividuale (sentimenti di inutilità, incapacità, inadeguatezza, riduzione della progettualità, insonnia e incapacità a svolgere le normali attività quotidiane).

Francesca Maria Taormina
Simpesv
Gruppo Medicina di Genere
Simpesv

Lo sviluppo dei sintomi depressivi è determinato dalla deplezione di estrogeni, progesterone e testosterone, responsabili dello sviluppo di alcune patologie caratterizzate da deficit cognitivo. Seppur il progesterone rimane funzionalmente legato alla gravidanza, gli estrogeni e il testosterone formano un “team” che determina il benessere del sistema serotoninergico, che utilizza la serotonina; dopaminergico, che utilizza la dopamina; colinergico, che utilizza l'acetilcolina. Cosicché la carenza degli ormoni sessuali provoca un danno di efficienza nei tre sistemi: la riduzione di serotonina determina tristezza e malinconia sino alla depressione, la riduzione della dopamina si traduce in perdita di energia vitale, di assertività, di voglia e gioia di vivere e la perdita dell'acetilcolina crea lo stato di confusione e la perdita della lucidità mentale sino alla perdita della memoria. Tutto ciò determina quel deterioramento cognitivo lieve, o deterioramento isolato della memoria, identificato come Mild Cognitive Impairment (MIC) che, se diagnosticato precocemente e trattato, può regredire creando quelle condizioni di *restitutio ad integrum* delle funzioni cognitive.

In ultima analisi, è proprio nel periodo della *finestra di vulnerabilità* che le donne sono predisposte, già durante la perimenopausa, alle patologie neurodegenerative. Ciò spiega perché la menopau-

sa aumenta del 46% il rischio di malattia di Alzheimer e del 68% il rischio di malattia di Parkinson. Entrambe le patologie vedono coinvolte la formazione e la degradazione della dopamina (3,4-diidrossifenilalanina), ovvero la prima ammina catecolica formata dalla biosintesi della noradrenalina.

Nel cervello, la maggior parte dei nuclei dopaminergici sono localizzati nella *substantia nigra* e nel *tegumento ventrale*. La produzione di dopamina, soprattutto da parte del tegumento ventrale, attiverrebbe le cellule dell'ippocampo che, in mancanza di dopamina, nonostante la loro integrità anatomica, andrebbero “in tilt” con conseguente perdita della memoria. Anche un'altra struttura, il nucleo *accumbens* che controlla la gratificazione e i disturbi dell'umore, riceverebbe la dopamina dal tegumento ventrale. Alla luce delle ricerche di D'Amelio e coll., l'apoptosi delle cellule dopaminergiche concorrerebbe in maniera preponderante allo stato depressivo e conseguentemente alla perdita di memoria.

Come creare una “finestra di opportunità”

Ma quale potrebbe essere, allora, la “finestra di opportunità” per le donne che presentano segni e sintomi predittivi per lo sviluppo di patologie neurodegenerative?



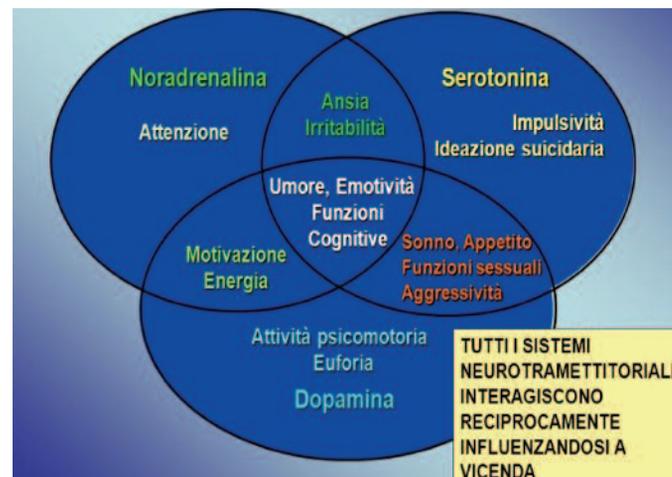
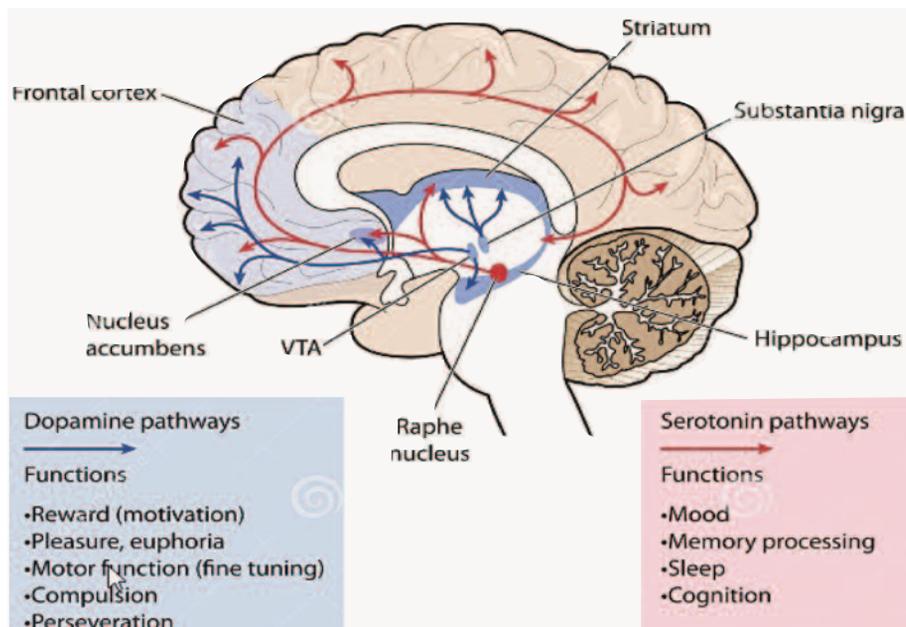


A. Le linee guida di Best Practice per la diagnosi e il trattamento della menopausa, pubblicate nel 2016, raccomandano di:

- considerare la terapia ormonale sostitutiva TOS (sicura se indicata, personalizzata, controllata) per migliorare il calo del tono dell'umore dovuto alla menopausa;
- considerare la terapia cognitivo comportamentale (TCC) per migliorare il tono dell'umore e l'ansia dovuti alla menopausa;

- assicurarsi che le donne e i professionisti sanitari siano consapevoli che le evidenze non supportano l'utilizzo di SSRI (inibitori della ricaptazione della serotonina) e SNRI (inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina) per migliorare il tono dell'umore nelle donne in menopausa.

B. Essere resilienti, cioè avere la capacità di affrontare e superare le avversità adattandosi a nuove situazioni e traendo, da queste, le opportunità per



continuare al meglio il percorso della propria vita.

- C. Ottimizzare lo stile di vita con abolizione del fumo, limitazione dell'assunzione di alcool, buona e sana alimentazione (dieta mediterranea), controllo del peso corporeo, attività fisica giornaliera.
- D. Tenere a target i valori glicemici, del colesterolo e della pressione arteriosa.
- E. Promuovere l'integrazione sociale e curare tutte le disabilità che determinano isolamento sociale (es. sordità).

Il medico di MG deve essere formato affinché possa assumere un ruolo centrale nel Piano Nazionale sulle Demenze (G.U.R. 13/01/2015) applicando il corretto screening, in seguito al rilevamento di tutti i segni e sintomi che sono predittivi di patologie neurodegenerative, al fine di prevenirle o rallentarne il decorso. Le risorse saranno convogliate al meglio soltanto se *prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza* (donne caregivers 74%) troveranno la giusta collocazione nella programmazione del Piano Sanitario Nazionale.

“
Il medico di MG deve essere formato affinché possa assumere un ruolo centrale nel Piano Nazionale sulle Demenze (G.U.R. 13/01/2015) applicando il corretto screening, in seguito al rilevamento di tutti i segni e sintomi che sono predittivi di patologie neurodegenerative, al fine di prevenirle o rallentarne il decorso

Bibliografia

- Dementia. Vascular risk factors and neurodegeneration in ageing related dementias: Alzheimer's disease and vascular; Curr Alzheimer Res. 2013 Jul;10(6):642-53.
- Akinyemi RO1, Mukaetova-Ladinska EB, Attems J, Ihara M, Kalara RN
- Womens Health (Lond). 2013 May;9(3):279-90. doi: 10.2217/whe.13.22.
- Alzheimer's disease, dementia, mild cognitive impairment and the menopause: a 'window of opportunity'?
- Fertil Steril. 1982 Apr;37(4):457-74. The menopause: benefits and risks of estrogen-progestogen replacement therapy. Gambrell RD Jr.

Novità per i FANS topici nel trattamento di dolore e traumi

Una nuova formulazione in cerotto di diclofenac in combinazione con eparina a dose fissa consente di potenziare l'azione terapeutica dell'antinfiammatorio e di ottenere con una singola applicazione giornaliera un maggior effetto su dolore, edema ed ematoma

Un controllo del dolore più rapido ed efficace nel trattamento di traumi minori, quali contusioni muscolari e distorsioni di lieve entità (I e II grado), un più rapido riassorbimento degli ematomi, un contributo nell'accelerare il recupero nel corso dei trattamenti fisiatrici, ma anche la capacità di ridurre la sensibilità al dolore. Questi i risultati che possono essere ottenuti grazie all'applicazione di un cerotto che sfrutta i vantaggi della combinazione di un antinfiammatorio "storico" quale diclofenac con una dose fissa di eparina.

"Per trauma lieve si intende quello con un recupero in 3 giorni, mentre per quello moderato occorrono una settimana-10 giorni" - spiega **Agostino Tucciarone**, Primario Ortopedico ICOT di Latina. Le contusioni sono senza dubbio gli infortuni più frequenti, con un'incidenza del 30% e, insieme agli stiramenti, rappresentano circa il 90% di tutti gli infortuni muscolari e sono spesso accompagnati dalla formazione di un ematoma, mentre i traumi distorsivi rappresentano circa il 20%.

"Gli sport più spesso implicati in queste problematiche sono il calcio, il football americano, il rugby, il basket, il baseball, ma anche la ginnastica artistica e la danza" - aggiunge l'ortopedico. "Nel calcio i traumi contusivi riguardano essenzialmente il distretto inferiore, quindi la gamba, la caviglia e il piede - sottolinea **Piero Volpi**, Responsabile Unità Operativa Ortopedica del ginocchio e Traumatologia dello sport e Responsabile staff medico F.C. Internazionale Milano.

Un ruolo importante, sia nel trattamento di condizioni acute (come i traumi dello sport e più in generale delle patologie osteo-articolari), sia per migliorare l'efficacia dei trattamenti riabilitativi è svolto dai farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS), i composti più frequen-



temente utilizzati al mondo per il trattamento del dolore.

"La loro somministrazione orale o sistemica è però gravata da potenziali effetti collaterali anche gravi, a livello gastrointestinale, nefrovascolare o cardiovascolare e questo può rappresentare un problema, soprattutto nei pazienti anziani e con comorbidità" avverte **Maria Adele Giamberardino** Professore Associato, Dipartimento di medicina e scienze dell'invecchiamento Medicina Interna Università di Chieti. Un modo per sfruttare al massimo l'effetto di un FANS a livello della zona affetta limitando al minimo gli effetti indesiderati è rappresentato dal ricorso alle preparazioni topiche, la cui efficacia a sicurezza sono già state ampiamente documentate. Un recente progresso in questo campo è rappresentato dalla formulazione in cerotto di diclofenac eparina (180mg) con l'aggiunta di eparina sodica (5600 UI) come eccipiente.

GLI STUDI A SUPPORTO

La maggiore efficacia del cerotto diclofenac eparina in combinazione con eparina a dose fissa ha trovato conferma in una serie di studi clinici controllati verso placebo in cui è stato utilizzato nel trattamento di contusioni e distorsioni.

In particolare nel caso di uno studio condotto in 430 pazienti con distorsione di caviglia di grado I o II di severità. Già dopo tre giorni di terapia il cerotto diclofenac/eparina ha consentito di ottenere un miglior controllo del dolore rispetto al cerotto di diclofenac nei cui con-

fronti sembrava avere anche un maggior effetto sulla riduzione del gonfiore.

Il maggior effetto sul dolore del cerotto diclofenac/eparina è stato documentato anche nel caso delle contusioni muscolari di severità lieve-moderata. I dati vengono da uno studio condotto in 331 pazienti con dolore a un movimento standardizzato superiore a 50 mm VAS e un ematoma superficiale di dimensioni inferiori a 140 cm² che sono stati trattati per 2 settimane con cerotto diclofenac/eparina, con cerotto diclofenac o con un placebo.

Già al terzo giorno era documentabile una maggior riduzione del dolore in misura statisticamente significativa nei pazienti trattati con cerotto diclofenac/eparina rispetto a quelli trattati con il solo diclofenac. Entrambi i gruppi trattati con i cerotti veicolanti il principio attivo sono risultati più efficaci del placebo.

La presenza di eparina si riflette favorevolmente anche sulla rapidità di riassorbimento dell'ematoma. Indicazioni in tal senso vengono da uno studio condotto in 185 pazienti con un trauma contusivo o distorsivo complicato da un ematoma di dimensioni inferiori a 140 cm². Anche in questo studio erano stati messi a confronto cerotti di diclofenac/eparina, di solo diclofenac o di placebo. I pazienti trattati con diclofenac/eparina hanno mostrato una più rapida risoluzione dell'ematoma rispetto sia al placebo, sia ai cerotti di diclofenac. Inoltre i pazienti trattati con diclofenac eparina avevano il 60% di probabilità di una completa risoluzione dell'ematoma entro 10 giorni.



LE TESI DI LAUREA DEI MEDICI IN FORMAZIONE IN MG: UN PATRIMONIO DA CONDIVIDERE

Walter Marrocco
Responsabile
Scientifico Fimmg

Noemi Lopes
Coordinatrice
Nazionale Fimmg
Formazione

IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, disciplinato in Italia dal Titolo IV del D. Lgs. 368/99, come modificato dal D. Lgs. 277/03, che permette di conseguire il Diploma necessario per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di Medicina Generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ha tra i suoi obiettivi principali quelli di fornire capacità mediche, ma anche: amministrative, organizzative e di comunicazione, attraverso una formazione specifica post-universitaria che privilegi gli aspetti tipici del ruolo del medico di Medicina Generale.

Tutti i passaggi di questo percorso sono fondamentali per i medici partecipanti al fine di dare loro, più che conoscenze, quelle competenze e quel *saper fare* che gli consentano di operare a favore del cittadino sul territorio. Questo percorso, sebbene svolto in modo poco omogeneo a livello nazionale, rappresenta un'opportunità ed un patrimonio per tutta la Medicina Generale, ancora bisognosa di disegnarsi una migliore identità culturale.

In sintesi possiamo affermare che i medici frequentanti la Formazione Specifica hanno bisogno del supporto e del riconoscimento della Medicina Generale, così come i medici di MG hanno bisogno

della spinta culturale dei Medici in Formazione. Tra le varie opportunità che i medici in Formazione possono mettere a disposizione della crescita di tutta la Categoria, sicuramente la Tesi di fine Corso può rappresentare un ottimo strumento, purtroppo, ad oggi, non sufficientemente riconosciuto da tutte e due le parti. Riteniamo che la Tesi di fine Corso possa e debba essere maggiormente valorizzata, sia dagli estensori che dai mmg nel loro insieme, per divenire quell'essenziale momento di osservazione e di ricerca, fondamentali per la crescita di una realtà culturale e scientifica di tutta la MG.

La Fimmg si è posta dunque questo problema e intende dare spazio e visibilità a tutti quei colleghi in Formazione e ai loro tutor, che desiderano, liberamente, mettere a disposizione di tutti le loro Tesi. Inizieremo da quelle discusse nell'anno 2017, pubblicandole in un'apposita pagina di Fimmg, sperando così di creare un'opportunità di discussione e di crescita per tutta la categoria; proseguendo poi negli anni futuri con ulteriori iniziative. Coloro che desiderano aderire all'iniziativa potranno segnalarci la loro disponibilità al seguente indirizzo scuolaricerca@fimmg.org e successivamente riceveranno il nostro modulo di adesione e liberatoria alla diffusione.

Le prime tesi pubblicate sul sito fimmg.org

www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=20788&lang=it

CARDIOVASCOLARE

Francesco Paolo Marrone

La Sindrome Metabolica nel genere femminile: studio della percezione, consapevolezza e valutazione del rischio cardiovascolare nel setting del reparto ospedaliero e dell'Ambulatorio di Medicina Generale

MALATTIE INFETTIVE: TERAPIA ANTIBIOTICA

Marco Sacchini

Antibiotico o non antibiotico, questo è il problema. Gestione del paziente con tosse in Medicina Generale: Studio Osservazionale

METABOLISMO

Ignazio Grattagliano

Il DRS (Diabetes Risk Score): lo strumento del Medico di Medicina Generale nello screening e nella prevenzione del Diabete tipo 2

MODELLI ORGANIZZATIVI DELLE CURE PRIMARIE

Francesca Agostini

L'organizzazione del lavoro in Medicina Generale: riflessioni e progetti di un giovane Medico di Medicina Generale osservando e confrontando due realtà dell'ASL Toscana Centro

Alessandro Alberati

Effetti del lavoro notturno sulla salute dei Medici di Continuità Assistenziale

Luca Barea

Confronto tra due esempi di Cure Primarie in Italia e Paesi Bassi: l'esperienza Italiana

STRUMENTI E METODI IN MEDICINA GENERALE

Francesco Cantamessa

L'Ecografia in Medicina Generale: il caso della TVP

Caterina Caré

La relazione Medico-Paziente in Medicina Generale: strumento di efficacia terapeutica

Sabina Coroli

Valutazione di un percorso di cura adeguato nel paziente con dolore

Teresa Gasparre

Importanza dell'Ecografia in Medicina Generale

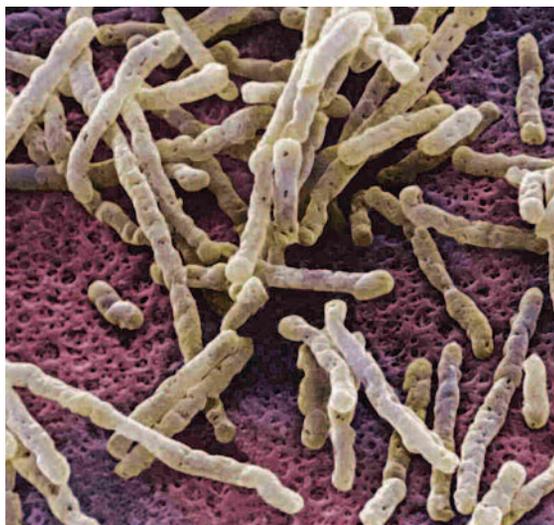
VARIE

Giuseppe Tartaglione

Gruppo di Acquisto Solidale: una risorsa nella strategia di promozione della Salute in Medicina Generale?

Probiotici nell'infezione da Clostridium Difficile

I probiotici possono essere una soluzione relativamente sicura, semplice e a basso costo per prevenire le Infezioni da Clostridium Difficile (CDI) nelle strutture ospedaliere, secondo due studi pubblicati recentemente su *Infection Control & Hospital Epidemiology*. Entrambi gli studi dimostrano che il trattamento dei pazienti che hanno assunto antibiotici associati a probiotici, riduce i tassi d'incidenza di CDI nel tempo. "Anche se non è una soluzione definitiva per un batterio come il C. Difficile, che si è dimostrato molto complesso riguardo prevenzione e trattamento, i probiotici potrebbero offrire ai pazienti un'altra linea di difesa", dice Bra-



dley Johnston, professore associato di epidemiologia presso la Dalhousie University, Canada. "Abbiamo lavorato - continua Johnston - su trial clinici di 12 paesi, che hanno condiviso i loro dati con la nostra Università, per condurre una metanalisi dei risultati e abbiamo concluso che i probiotici dovrebbero essere considerati come una strategia praticabile per la prevenzione della CDI". Il primo studio, condotto dalla Dalhousie University, ha analizzato 18 studi clinici controllati randomizzati che hanno incluso 6.851 pazienti, confrontando i probiotici con il placebo o con nessun trattamento nel trattamento della CDI. I probiotici erano particolarmente efficaci nei soggetti che assumevano due o più antibiotici, in ambienti ospedalieri, ove il rischio di CDI era maggiore del 5%. Il secondo studio, condotto dal Cook County Health & Hospitals System di Chicago, ha rilevato una minore incidenza di CDI nel secondo semestre di trattamento con probiotici, sempre in soggetti trattati con antibiotici in ambiente ospedaliero, rispetto ai primi sei mesi: il beneficio posticipato -spiegano i ricercatori - potrebbe essere attribuito al tempo richiesto ai probiotici per porre sotto controllo il C. Difficile. La conclusione è che i probiotici sono un'opzione a basso costo, relativamente sicura e utile nel lungo periodo. Pur mostrando i vantaggi di implementare i probiotici come strategia contro la CDI, gli studi hanno anche evidenziato i limiti di questo approccio, legati soprattutto al loro uso nella "real life", rispetto ai risultati ottenuti negli studi randomizzati controllati.

William E. Trick et al. Infection Control & Hospital Epidemiology, 2018.

Bradley C. Johnston et al. Infection Control & Hospital Epidemiology, 2018.

Emicrania: 86 milioni di giorni lavorativi persi nel Regno Unito ogni anno

L'equivalente di 86 milioni di giorni lavorativi viene perso ogni anno per assenze lavorative dovute all'emicrania e quasi 1 miliardo di sterline viene speso in costi sanitari associati. L'emicrania colpisce più del 23% degli adulti con quasi 200.000 attacchi nel Regno Unito ogni giorno, rendendola la malattia neurologica più comune. Il rapporto della UK Work Foundation, presentato recentemente al Parlamento del Regno Unito, è il primo a esaminare il costo economico dell'emicrania in Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord dal 2003 e calcolare l'impatto della malattia sui livelli di produttività dovuti ad assenteismo e "presentismo" (la presenza sul posto di lavoro con diminuita performance lavorativa). Secondo il rapporto, l'emicrania colpisce più di un quinto degli adulti nel Regno Unito, specie in età compresa tra i 15 e i 49 anni, quindi uomini e donne al massimo produttivo, incidendo su carriera, vita familiare e anche sui costi sociali. Nonostante la sua prevalenza e gli effetti debilitanti, la considerazione comune

Scuola elementare USA: stressati 9 insegnanti su 10

Uno dei fattori più importanti nel garantire il successo scolastico degli studenti è un'istruzione di qualità da parte degli insegnanti, che può essere un obiettivo difficile se gli insegnanti non hanno le risorse per migliorare le proprie capacità e se i loro livelli di stress non sono controllati. I ricercatori dell'Università del Missouri hanno scoperto che alti livelli di stress correlato al lavoro influenzano l'attività di ben il 93% degli insegnanti, percentuale maggiore di quanto si pensasse nel passato. Le classi della scuola primaria con insegnanti molto stressati tendono ad avere risultati scolastici peggiori, votazioni più basse e frequenti problemi di comportamento da parte degli studenti. "Non è un segreto che l'insegna-

mento sia una professione stressante", dice Keith Herman, professore del College of Education dell'Università del Missouri (UM). "Tuttavia, quando lo stress interferisce con il benessere personale ed emotivo a un alto livello, le relazioni che gli insegnanti hanno con gli studenti ne soffrono, proprio come qualsiasi relazione in un ambiente difficile". Oltre alla formazione e alla competenza generale, come ricordato, un fattore che può influenzare gli interventi comportamentali di successo e la gestione delle classi scolastiche è lo stress e la capacità dei docenti di gestirlo. Herman ha analizzato i profili degli insegnanti per livello di stress, capacità di coping (strategia di adattamento) e burnout percepito e ha scoperto che gli insegnanti con bassi livelli di stress e alta capacità di coping

sono pochi. "È preoccupante che solo il 7% dei docenti sperimenti un basso livello di stress e ritenga di ricevere il supporto di cui ha bisogno per far fronte adeguatamente agli eventi stressanti lavorativi", continua Herman. "Ancora più preoccupante è che lo stress degli insegnanti sia legato al successo scolastico degli studenti, in termini di risultati e comportamento. Ad esempio, le classi con insegnanti altamente stressati presentano più studenti indisciplinati e bassi livelli di "comportamento prosociale". I ricercatori delineano alcuni metodi che potrebbero aiutare gli insegnanti "stressati": i docenti dovrebbero aver accesso a processi di screening in grado di identificare la necessità di un maggiore sostegno per evitare stress e burnout. Occorrerebbe, inoltre, costruire iniziative



sull'emicrania è generalmente scarsa e la malattia è spesso mal gestita dal sistema sanitario. Questa condizione è normalmente curabile – continuano gli autori – se trattata correttamente: si richiede, pertanto, alle autorità governative l'introduzione di misure atte a migliorare l'assistenza nei confronti dei pazienti. Anche i datori di lavoro hanno un ruolo nel management dell'emicrania: la promozione di un lavoro "meglio strutturato" consentirebbe di gestire la condizione

dei "lavoratori emicranici" in modo da ridurre l'impatto sulle carriere individuali e incrementarne la produttività. Esistono anche costi aggiuntivi significativi, più difficili da quantificare: gli emicranici possono manifestare ansia, un sintomo difficile da gestire, tra un episodio emicranico e l'altro, con un forte impatto sulle relazioni interpersonali e sulla loro qualità della vita.

Lancaster University. ScienceDaily, May 2018.

La mancanza di sonno aumenta il rischio di incidente stradale!

L'eccessiva sonnolenza può causare danni cognitivi e mettere gli individui a un rischio più elevato di incidente stradale, tuttavia, la percezione della compromissione cognitiva da eccessiva sonnolenza non è valutata appieno da chi soffre cronicamente di sonnolenza. I ricercatori del Brigham Women's Hospital (BWH) di Boston hanno scoperto che "le persone con deprivazione cronica da sonno non percepiscono appieno la loro situazione – dice Daniel J. Gottlieb, Division of Sleep and Circadian Disorders at BWH – e ciò ha comportato un aumento di incidenti automobilistici in questi individui". Lo studio comprendeva 1.745 uomini e 1.456 donne tra i 40 e gli 89 anni e ha esaminato la relazione tra gli incidenti stradali e due cause comuni di carenza di sonno, la durata insufficiente e l'apnea ostruttiva, quest'ultima stimata in un sesto delle donne e un terzo degli uomini USA in età adulta. Anche una durata del sonno insufficiente è comune nella popolazione USA, con il 25-30% degli adulti che dormono sei ore o meno a notte.

L'apnea da sonno è associata a un aumento del 123% del rischio di incidente stradale, contro un 13% dei soggetti che non ne sono affetti, mentre dormire sei ore a notte era associato a un aumento del rischio di incidente stradale del 33%, percentuale che diminuiva con un sonno della durata di sette o otto ore.

Daniel J. Gottlieb et al. BMC Medicine, 2018.



e programmi che promuovono la salute mentale e fisica degli insegnanti. Tuttavia, Herman sostiene che concentrarsi sulle strategie individuali di coping è solo l'inizio per combattere i più ampi contesti sociali che influenzano lo stress degli insegnanti. "Dobbiamo prendere in considerazione metodi che creino ambienti scolastici educativi non solo per gli studenti, ma anche per gli adulti che vi lavorano", conclude Herman. "Ciò potrebbe significare trovare modalità nuove, per amministratori, docenti e genitori, di interazione positive con gli insegnanti, fornendo tempo e formazione per svolgere al meglio il loro lavoro e creare reti sociali di supporto in modo da non farli sentire isolati".

Keith C. Herman, University of Missouri. ScienceDaily, 27 April 2018.

“
Herman ha analizzato i profili degli insegnanti per livello di stress, capacità di coping (strategia di adattamento) e burnout percepito e ha scoperto che gli insegnanti con bassi livelli di stress e alta capacità di coping sono pochi

ALLA RISCOPERTA DEI FRUTTI DIMENTICATI

TUTTI I BENEFICI DEL “BRODO DI GIUGGIOLE”

Vincenza
Maria Gioé,
Giovanna Castellano
Simpesv



La presenza del giuggiolo in Sicilia è ormai radicata da secoli, portatovi probabilmente dagli arabi, pertanto fa parte della cultura siciliana e in particolare di quella dell'areale dei Monti Sicani

Il giuggiolo (denominazione scientifica *Ziziphus jujuba*) è un albero da frutto appartenente alla famiglia delle *Rhamnaceae* e al genere *Ziziphus*.

Il frutto viene chiamato giuggiola. In Italia centrale si utilizza anche il nome *gensola*. Un altro nome con cui il frutto è noto è *dattero cinese*.

Distribuzione geografica

Si ritiene sia originario dell'Africa settentrionale e della Siria e che sia stato successivamente esportato in Cina e in India, dove viene coltivato da oltre 4000 anni. In Europa è diffuso in Spagna, Grecia, Romania, ex-Jugoslavia.

I romani lo importarono per primi in Italia e lo chiamarono *ziziphus*.

In seguito anche i veneziani lo importarono dall'Oriente e lo diffusero, dapprima in Dalmazia, poi sulle isole della laguna e infine sulla terraferma, nella zona dei colli Euganei.

La presenza del giuggiolo in Sicilia è ormai radicata da secoli, portatovi probabilmente dagli arabi, pertanto fa parte della cultura siciliana e in particolare di quella dell'areale dei Monti Sicani. La pianta del giuggiolo si è ben adattata alle caratteristiche del territorio siciliano.

In Sicilia è presente anche un'altra specie, *Ziziphus lotus*, che ha caratteristiche di maggiore rusticità e viene spesso utilizzato come portainnesto per la specie coltivata di *Ziziphus jujuba*. È forse questo il “soave loto” di cui parla Omero nell'Odisea, quando racconta del frutto magico del popolo dei Lotofagi, che fece dimenticare ai suoi uomini che lo mangiarono il desiderio di tornare a casa.

Descrizione

Ha il portamento di un arbusto, ma anche di un albero, potendo arrivare fino a 8-12 metri se non potato. Le foglie sono ellittiche, di color verde brillante. Le ra-



dici vanno molto in profondità per cui è resistente alla calura e alla siccità. I rami sono spesso ricoperti di spine. I fiori, di piccole dimensioni, sono di color bianco-verdastro. I frutti sono drupe, con unico seme delle dimensioni di un'oliva e con buccia di colore inizialmente verdastro, che con la maturazione passa al rosso porpora e poi al bruno rossastro. La polpa è gialla. Il sapore, quando la giuggiola non è ancora matura, è simile a quello di una mela, un po' acidulo. Poi, con la maturazione, mentre il colore si scurisce e la superficie diventa rugosa, il sapore diviene più dolce, ricordando quello dei datteri (da qui il nome di dattero cinese). Le giuggiole si possono consumare fresche, appena colte dall'albero, ma sono più saporite e dolci quando sono raggrinzite.

Valori nutrizionali

100 g di giuggiole fresche apportano me-

diamente 79 kcal, con un contenuto in nutrienti pari a 20,53 g di carboidrati, 1,2 g di proteine e 0,2 g di lipidi. Discreto è il contenuto di fibra alimentare. Hanno un buon contenuto di vitamina C, vitamine del gruppo B, vitamina A. Tra i minerali sono presenti soprattutto il potassio, il fosforo, il calcio e il magnesio. In 100 grammi di frutto fresco sono presenti circa 3,2 mg di catechina e 1,3 mg di quercetina.

Le giuggiole, sono fonti di polifenoli (da 475,3 a 1634,4 mg GAE/100g di frutta), flavonoidi (da 26,7 a 48,5 mg QE/100 g di frutta) e attività antiossidante (da 1154,6 a 1661,4 di acido ascorbico/100 g di frutta), che variano a seconda della varietà e del grado di maturazione.

Inoltre contengono pectina, mucillagini, antrachinoni, tannini.

Proprietà benefiche

Le giuggiole sono state usate come pian-



Gli zaleti (o zaeti, o zaletti) di giuggiole, biscotti secchi della tradizione veneta, sono una variante dei classici zaleti all'uva passa

te medicinali fin dall'antichità grazie alle loro molteplici proprietà benefiche; per capire i meccanismi che ne stanno alla base, sono stati condotti vari studi scientifici i cui risultati sembrano confermarne l'efficacia.

I benefici che questi frutti possono apportare non sono da sottovalutare: per il basso contenuto calorico sono da inserire nella dieta mediterranea; la presenza di mucillagini e composti antrachinonici aiuta a contrastare la stipsi; il contenuto di vitamina C consiglia il loro consumo nelle sindromi da raffreddamento; il discreto contenuto di potassio aiuta a migliorare la funzionalità cardiaca e a contrastare la comparsa di crampi muscolari; vanta proprietà emollienti ed espettoranti; possono essere assunte per migliorare l'insonnia, l'irritabilità e l'ansia (grande uso nella medicina orientale). Inoltre i suoi componenti bioattivi, gli acidi triterpenici e i polisaccaridi, determinano un effetto antiproliferativo grazie all'induzione dell'apoptosi (suicidio cellulare), pertanto il loro consumo potrebbe essere utile anche nella prevenzione tumorale.

Effetti collaterali

Se assunte in quantità eccessiva, po-

trebbero causare diarrea.

Utilizzo

Sin dall'antichità questo frutto è stato usato come fonte nutrizionale. Una delle ricette più conosciute e apprezzate è quella del "Brodo di giuggiole", liquore dal gusto molto intenso e dolce da servire a fine pasto. Il detto "andare in brodo di giuggiole" risulta ancor oggi molto efficace e largamente utilizzato nel linguaggio comune per esprimere uno stato d'animo positivo e che trova un reale riscontro nel diffuso gradimento che riscuote il liquore prodotto con questi frutti.

Altre ricette non meno apprezzate sono quelle delle confetture, della conservazione sotto spirito, dei canditi, degli zaleti.

Gli zaleti (o zaeti, o zaletti) di giuggiole, biscotti secchi della tradizione veneta, sono una variante dei classici zaleti all'uva passa. Il loro nome deriva dal caratteristico colore giallo-dorato (zaleti = gialletti nel dialetto veneto) dato dalla farina di granoturco dell'impasto, utilizzata insieme a farina di grano 00, zucchero, tuorlo d'uovo, polpa di giuggiole e lievito. Sono ottimi biscotti da dessert da accompagnare con vini dolci o liquorosi.

Bibliografia

- Tahergorabi Z, et al. "Ziziphus jujuba": A red fruit with promising anticancer activities. *Pharmacogn Rev* 2015; 9 (18): 99-106.
- Bandeira Reidel RV, et al. *Chemical composition of volatiles emitted by Ziziphus jujuba during different growth stages*. *Plant Biosystems - An International Journal Dealing with all Aspects of Plant Biology*. <https://doi.org/10.1080/11263504.2017.1347112>
- Mahajan RT, Chopda MZ. *Phyto-Pharmacology of Ziziphus jujuba Mill- A plant review*. *Pharmacogn Rev* 2009; 3 (6): 320-329.
- Cosmulescu S, et al. *Variation of Bioactive Compounds and Antioxidant Activity of Jujube (Ziziphus jujuba) Fruits at Different Stages of Ripening*. *Not Bot Horti Agrobo* 2018; 46(1):134-137.

BILANCIO ENPAM 2017 APPROVATO: + 1,16 MILIARDI DI UTILE

L'Enpam ha chiuso l'esercizio 2017 con un utile superiore a 1,16 miliardi di euro, che ha portato il patrimonio netto a 19,7 miliardi di euro con una crescita del 7,1 per cento rispetto all'anno precedente. Il Bilancio consuntivo 2017 è stato approvato dall'Assemblea nazionale dell'Enpam con 162 voti favorevoli, 3 contrari e 2 astenuti, nella seduta di sabato 28 aprile scorso.

LA GESTIONE PREVIDENZIALE

Nel 2017 la Fondazione ha registrato entrate contributive pari a 2,648 miliardi di euro, erogando nello stesso periodo prestazioni previdenziali e assistenziali per oltre 1,622 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.

Il bilancio consuntivo evidenzia nel 2017 un importante incremento del numero dei nuovi titolari di pensioni ordinarie rispetto al 2016. La gestione che registra la variazione minore è la Quota B del Fondo Generale (+ 1,36%), mentre la specialistica ambulatoriale presenta l'aumento maggiore (+35,96%). Di rilievo è anche l'incremento dei nuovi pensionati della medicina generale (+ 21,13%), mentre specialistica esterna e la Quota A del Fondo Generale presentano incrementi meno rilevanti pari rispettivamente a 7,22% e 2,46%.

I dati sui pensionamenti della medicina generale mostrano un costante aumento dell'età media al momento del pensionamento. Il dato, che aveva raggiunto nel 2012 un minimo di 65 anni, ha registrato una crescita continua fino ai 67,6 anni del 2017.

Il dato complessivo evidenzia che i medici di famiglia andati in pensione lo scorso anno sono stati 1.720, con un +21 per cento rispetto all'anno precedente (quando erano stati 1.420) e +92 per cento rispetto alle 898 unità del 2014.

PATRIMONIO DIVERSIFICATO

Nel 2017 il patrimonio della Fondazione ha visto salire a poco più di 5 miliardi di euro la quota investita in attività immobiliari. La percentuale del mattone sul totale tuttavia mostra un calo dal 27 al



26 per cento, a causa del netto aumento degli investimenti finanziari che si attestano poco oltre i 14 miliardi di euro, con un balzo di circa 1 miliardo.

In totale gli investimenti nell'ultimo anno hanno portato 420 milioni di euro lordi nel bilancio civilistico dell'Ente. Da questa cifra vanno sottratti 16 milioni di euro di commissioni e soprattutto 110 milioni di euro in tasse.

Calcolato a valori di mercato il patrimonio dell'Enpam ha superato i 20, 9 miliardi di euro e nel 2017 ha avuto una redditività complessiva del 4,1% al netto di costi di gestione e di tasse.

PENSIONI AL SICURO

Il bilancio consuntivo conferma la solidità dei conti dell'Enpam. Un dato su tutti: nel 2017 l'ente di previdenza dei medici e dei dentisti ha incrementato ancora la riserva legale portandola fino a circa 20 miliardi di euro.

Il dato garantisce i pensionati attuali e futuri perché sta ad indicare che l'Enpam ha un patrimonio sufficiente a pagare gli assegni anche nel caso in cui dovessero verificarsi crisi o eventi inattesi. In ogni caso lo scorso anno i numeri si sono rivelati migliori rispetto a quelli che gli attuari avevano prospettato nel bilancio tecnico dell'Ente.

“Il bilancio 2017 certifica che Enpam è

in vantaggio sulla tabella di marcia della sostenibilità a 50 anni fissata dal bilancio tecnico - dice il presidente Alberto Oliveti - con una riserva pari a 13 volte l'ammontare delle pensioni pagate nell'anno.

Restiamo molto attenti alla questione centrale del rimpiazzo professionale e non abbassiamo la guardia nel monitorare un cambiamento che ci riguarda sia per l'aspetto demografico sia per quello tecnologico.

Per il futuro l'impegno è di costruire una nuova sicurezza sociale per la categoria e i giovani iscritti e, grazie a un patrimonio che a valore di mercato supera i 20 miliardi di euro, alimentare investimenti circolari capaci cioè di creare valore professionale per tutti i medici e gli odontoiatri”.

Gli iscritti Enpam sono saliti a 363.670, cifra che comprende anche i 2.004 studenti delle Facoltà di Medicina e Odontoiatria dal V anno di corso. Il numero di medici e di odontoiatri attivi registra quindi una flessione rispetto alle 362.391 unità dello scorso anno.

Aumentano i pensionati, a conferma del movimento massiccio verso la pensione previsto dai bilanci tecnici: nel 2017 sono arrivati a 111.770 unità, con un incremento del 5,72 per cento rispetto ai 105.721 del 2016.

Graffi(ti) dalla Magna Grecia



Bruno Cristiano

PER GLI ANTICHI GRECI LA DONNA ERA SIMILE AL CANE

Il fatto è che “Fido”, in realtà, non ci guarda con gli stessi occhi con cui lo guardiamo noi, né ha il nostro stesso cuore. Il vero limite dei rapporti fra noi e il nostro cane non sta nel trovare un animale che possiamo trattare come una persona, ma nell'impossibilità di avere un cane che ci tratti veramente come una persona

Nelle foto, dalla antica Grecia due tazze a forma di cane

Chi è il cane per i Greci? Per rispondere a questo interrogativo, prendiamo le mosse da un insulto: quel “cane!” che l'uomo adirato scaglia all'indirizzo dell'amico che lo ha tradito, o del familiare di cui ha appena scoperto gli intrighi meschini. È abbastanza strano, in effetti, che venga usato come insulto proprio il nome dell'animale più caro all'uomo. Il fatto è che il cane non è un animale, al contrario, è un membro della società degli uomini - salvo che, come tale, esso ne occupa il posto più infimo. Il cane incarna un vero e proprio paradosso: se come animale è il più prossimo all'uomo, come “uomo”, invece, costituisce una perenne delusione. È nutrito, vezzeggiato, ma d'un tratto può essere colto dalla lyssa. La lyssa era una singolare malattia: etimologicamente questa parola viene da *lykos*, il “lupo”, dunque si tratta di un vero e proprio “allupamento” del cane, di un suo ritorno, più o meno momentaneo, all'originaria natura lupina. Colto dalla lyssa, il cane non distingue più il padrone dallo straniero, l'ospite dall'intruso: attacca, morde e talora uccide. L'amico fedele si trasforma improvvisamente in un pericoloso nemico.

Oltre che inaffidabile, però, il cane è soprattutto uno svergognato. Il suo vizio più grave, infatti, è quello che i Greci definivano *anaideia*, cioè mancanza di *aidos*, di “pudore”. Per questo il cane si abbandona in pubblico alle voglie di amore, né si preoccupa di nascondere i propri impulsi e i propri desideri, che anzi manifesta con guaiti impudenti e un modo adulatorio di scodinzolare - i Greci, che avevano una parola per tutto, lo definivano *sainein* - da cui non c'è da aspettarsi niente di buono.



Il fatto è che “Fido”, in realtà, non ci guarda con gli stessi occhi con cui lo guardiamo noi, né ha il nostro stesso cuore. Il vero limite dei rapporti fra noi e il nostro cane non sta nel trovare un animale che possiamo trattare come una persona, ma nell'impossibilità di avere un cane che ci tratti veramente come una persona. In quanto “persona” il cane ci delude, ci tradisce e talora ci aggredisce. Ecco perché non ci fidiamo di «Fido» e possiamo usare il suo nome - “cane!” - per insultare qualcuno. A questo punto è lecito chiedersi che cosa c'entri la donna in questa faccenda. Perché per gli antichi greci l'impudenza - la *anaideia* - è tipica non solo della razza canina ma anche del sesso femminile: per i Greci cane e donna sono entrambi dei “senza ritegno”. Anche questa seconda affermazione prende le mosse da una domanda. Perché al momento di creare Pandora, la prima donna, mentre Atena le donava l'arte del telaio e Afrodite la grazia, Ermes pensò invece di donarle una “indole cagnesca”? *Kyneos noos*, nelle parole di Esiodo, un'indole non “di cagna”, ma proprio “di cane”.

Se i Greci hanno legato così strettamente il cane e la donna, lo hanno fatto in primo luogo per un motivo di carattere culturale. In altre parole, a loro il cane è servito soprattutto per “pensare” la donna. Pensarla come una “razza” a sé stante, diversa da “noi” - cioè cittadini maschi adulti - eppure destinata ineluttabilmente a dividere la nostra casa e la nostra vita. Dividerla naturalmente tenendo la posizione più bassa all'interno della società degli uomini - cioè i maschi - proprio come il cane tiene l'infimo rango a mensa o nella casa in generale. Per questo donna e cane si toccano, nell'immaginario dei Greci. Ma non solo per questo. Proprio come del migliore amico dell'uomo, infatti, anche della donna - madre, moglie o figlia che sia - i Greci non si sono mai fidati. La donna è svergognata, seduttiva - come il cane che scodinzola - e sempre pronta a tradire. La prova di tutto ciò? Basta ripensare alla mitologia e alla letteratura dei Greci, dove le donne si chiamano Elena (colei che in Omero si autodefinisce “faccia di cane”), Clitennestra, Fedra, Mirra, Medea: creature svergognate, traditrici e assassine. Ma che cosa ci si poteva aspettare da una razza nata da Pandora? Indole cagnesca, *kyneos noos*.

